

UNIVERSITÉ DE PARIS — ÉCOLE DE DROIT

Le Risque Professionnel Médical et sa garantie

THÈSE POUR LE DOCTORAT

présentée et soutenue le Mercredi 11 Mars 1931, à 14 heures

PAR

PIERRE-ROBERT BAGLIN

Président : M. HÉMARD.

Suffragants { MM. CASSIN.
ESCARRA.

PARIS

IMPRIMERIE GRAPHIQUE

9, RUE SAINT-GILLES, 9

1931

La Faculté n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les thèses; ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.

Le Risque
Professionnel Médical
et sa garantie

Le Risque Professionnel Médical et sa garantie

THÈSE POUR LE DOCTORAT

présentée et soutenue le Mercredi 11 Mars 1931, à 14 heures

PAR

PIERRE-ROBERT BAGLIN

Président ; M. HÉMARD.

Suffrageants { MM. CASSIN.
 ESCARRA.

PARIS

IMPRIMERIE GRAPHIQUE

9, RUE SAINT-GILLES, 9

1931



BIBLIOGRAPHIE

- ANCEY (G.). — *Les Assurances de Responsabilité*. Paris, 1905.
— *Théorie et Pratique des Opérations d'Assurance*. Paris, 1906.
- ANCEY et SICOT. — *La Loi sur le Contrat d'Assurance*, Paris, 1930.
- BARRÈRE (B.). — *L'Assurance sur la Vie, Moyen de Crédit*. Paris, 1916.
- CADÈRE. — *Théorie et Pratique de l'Assurance de Responsabilité*. Paris, 1923.
- CHAUFTON. — *Les Assurances, études théoriques et pratiques*, 2 vol. Paris, 1884-1886.
- DE MIRIMONDE. — *Manuel Pratique des Assurances*. Paris, 1928.
- DUPUICH. — *L'Assurance sur la Vie, théorique et pratique*. Paris, 1922.
- GARDENAT et SALMON RICCI. — *De la Responsabilité Civile* (Juris-Classeurs). Paris, 1928.
- GIRARD (J.). — *Eléments d'Assurance*. Paris, 1921.
- GRAVEN (A.). — *Les Médecins et le Droit Civil*. Paris, 1925.
- HÉMARD (J.). — *Théorie et Pratique des Assurances Terrestres*, 2 vol. Paris, 1924.
- MIGNON (D^r H.). — *Etude sur la Morbidité dans le Corps Médical en France*. Paris, 1928.
- PARIS et BOULANT. — *La Responsabilité des Médecins et des Chirurgiens-Dentistes*. Paris.
- PERREAU. — *Etudes de Jurisprudence Médicale*. Paris, 1908.
- PLANIOL. — *Traité élémentaire de Droit Civil*, tome II.
- PRUGUE. — *Traité théorique et pratique de l'Assurance en général*. Paris, 1895.
- RICHARD (P.-J.). — *Etude sur l'Assurance Complémentaire de l'Assurance sur la Vie*. Paris, 1911.
- ROUX. — *Le Manuel de l'Inspecteur et de l'Agent d'Assurances contre les Accidents*.
- SACHET. — *Traité des Accidents du Travail*.
- SAINCTELETTE (CH.). — *Responsabilité et Garantie*. Paris, 1884.

SUMIEN (P.). — *Traité théorique et pratique des Assurances Terrestres et de la Réassurance*. Paris, 1930.

THESES

BOUDIN (D^r PAUL). — *Le Syndicalisme Médical*. Paris, 1919.
BOUTROLLE (M.). — *L'Assurance de Responsabilité*. Paris, 1911.

BRU. — *La Responsabilité des Médecins*. Toulouse, 1911.

DEGAS. — *Le Problème de l'Assurance Maladie-Invalidité*. Paris, 1922.

DELMAS (JEAN). — *Etude de l'Assurance Responsabilité*. Paris, 1923.

GENT (PAUL). — *Des Clauses de Déchéance en Matière d'Assurance contre les Accidents*. Paris, 1911.

JULIOT DE LA MORANDIÈRE. — *De la Réserve Mathématique des Primes dans l'Assurance*. Paris, 1909.

LAGARDE. — *La Responsabilité Civile et l'Assurance*. Montpellier, 1926.

MANCHE. — *La Responsabilité Médicale*. Paris, 1913.

RENDU. — *La Responsabilité des Médecins*. Paris, 1909.

REVUES D'ASSURANCE

L'Argus.

L'Assurance Moderne.

L'Assurance Pratique.

L'Assureur-Conseil.

Les Dossiers du Mutualiste Agricole.

Le Journal des Assurances.

Le Journal des Assurés.

Le Moniteur des Assurances.

La Prime.

Le Recueil Périodique des Assurances.

Revue Générale des Assurances Terrestres.

Revue Générale de Assurances et des Responsabilités.

REVUES MEDICALES

Le Concours Médical.

Le Médecin de France.

La Revue de Droit Médical.

La Revue des Hôpitaux.

INTRODUCTION

L'étude du risque professionnel implique dès l'abord une question de terminologie. En effet, deux acceptions peuvent être données à ces mots. L'une vise le risque de l'accident du travail, la responsabilité patronale forfaitaire et quasi irréfragable en ce qui concerne les accidents atteignant les ouvriers — c'est ainsi que la plupart des juristes l'entendent — l'autre a un sens plus large, plus étymologique. Lorsqu'on l'envisage ainsi, le risque professionnel pourrait être défini : l'ensemble des dangers que tout exercice d'une profession entraîne. C'est de cette façon que nous l'entendrons.

Vu sous cet angle, il apparaît fait d'éléments complexes et variés, mais qui peuvent néanmoins se ramener à deux types principaux :

1° Dangers pouvant atteindre le travailleur lui-même, menaçant sa propre intégrité physique ou ses instruments de labeur ;

2° Dangers que l'exercice d'une profession peut faire courir à des tiers et que le travailleur peut être tenu de réparer.

Le premier élément peut être qualifié de risque direct, puisqu'en principe il n'atteint qu'un seul patrimoine. Il ne pose dans son essence aucun problème d'ordre juridique. Le terrassier dont l'outil se casse, le cycliste dont la bicyclette se brise, l'électrothérapeute dont une ampoule de Coolidge se détériore par survoltage, subissent un préjudice dans leur propre patrimoine,

II

mais ce dommage matériel crée un état de fait et non un état de droit.

Au contraire, si la pioche du terrassier blesse un passant, si le cycliste renverse un piéton, si le praticien brûle un malade, ce n'est pas le travailleur qui est lésé directement. Si le patrimoine de ce dernier subit une atteinte, ce sera par ricochet, parce qu'un rapport de droit se sera établi.

Tout individu, par l'exercice d'une activité quelconque, est sujet à ces deux éléments du risque, mais la profession de chacun intervient pour les augmenter ou pour les réduire.

Certains n'ont pas de patrimoine professionnel, ou tout au moins celui-ci est-il assez restreint. D'autres, au contraire, doivent se servir d'instruments spéciaux présentant des risques intrinsèques de fragilité, mauvaise conservation, capital d'investissement élevé, en résumé, pouvant être source de dangers envers celui qui s'en sert (risque direct) et vis-à-vis de tiers pouvant entraîner responsabilité civile (risque indirect).

L'étude du premier élément n'intéresse pas le juriste qui n'y voit qu'une question de fait. Seule l'étude de la responsabilité civile retiendra son attention. En effet, la responsabilité ou principe d'indemniser la victime de sa propre activité est un des points de droit le plus discuté, le plus en évolution. Sans remonter au droit ancien, nous pouvons constater que, de jour en jour, les limites de ce principe s'étendent, tout en donnant naissance aux plus vives controverses. Plus la société se développe, plus la valeur de l'homme s'accroît, grâce aux instruments mis à sa disposition par la science, plus la responsabilité augmente.

Depuis quelques années, elle a pris une place prépondérante dans l'étude des relations entre les individus, et M. Ripert a pu faire débiter par ces mots la préface qu'il écrivit pour le Recueil des Décisions concernant la Responsabilité civile (Jurisclasseurs) :

« Cinq articles du Code civil donnent toutes les règles
« qui gouvernent la vie humaine et, à la rigueur, un seul
« pouvait suffire : l'article 1382 du Code civil décide
« que toute faute commise oblige à réparation. »

Un peu plus loin, dans cette même préface, l'éminent professeur complète l'affirmation qu'il émettait liminairement :

« En effet, si la base fondamentale de la responsabilité civile reste la faute, les éléments d'appréciation
« de cette dernière ont varié énormément avec le temps.

« Là où autrefois on supportait le dommage causé en
« s'inclinant devant le hasard néfaste, on tente aujourd'hui de trouver l'auteur du dommage. »

Or, parmi les différentes responsabilités, parmi les différentes professions sujettes à ce risque indirect, la profession médicale offre un intérêt tout particulier, car si elle est soumise au droit commun, la pratique de l'art de guérir est une science si impondérable que la responsabilité du praticien méritait d'être étudiée en détail.

Ce sera le titre I de ce livre.

Mais ce modeste travail serait stérile s'il n'envisageait qu'une des faces du problème, à savoir déterminer l'étendue du risque.

Puisque tout exercice d'une profession, toute manifestation d'une activité est source de dangers, ne faudrait-il pas craindre que la peur de ceux-ci paralyse le labour agissant, l'initiative?

IV

Une contrepartie, heureusement, existe : l'assurance, et son but est de décharger l'individu du fardeau pécuniaire que le risque entraîne, en en répartissant l'aléa entre un grand nombre de personnes.

Si la responsabilité civile, risque indirect, se développait avec le propre développement des sociétés et parallèlement à l'accroissement du risque direct (complexité et valeur des machines employées, valeur intrinsèque de l'ouvrier plus grand producteur), l'assurance a suivi un développement analogue quoique un peu en retard sur d'autres institutions. Etudier la garantie du risque indirect, objet des premières pages de ce travail, tel sera le but du titre II.

Si nous avons déclaré au début de cette introduction que le risque direct ne soulevait pas de point de droit, le travailleur doit néanmoins être garanti contre les dangers qu'il encourt.

Toutefois, une distinction doit être faite dans l'étude du risque direct. Le praticien, comme tout individu agissant, peut avoir son patrimoine lésé directement par deux sources de risques : l'un atteignant son capital et l'autre atteignant sa personne même, son intégrité physique, base de tout travail et partant, source de richesse.

Cette distinction correspond à la discrimination classique du capital travail et du capital richesse.

Or, si la profession médicale (1) encourt des risques spéciaux en ce qui touche le capital travail, dangers d'infection, de contagion, dangers présentés par les instru-

(1) Et nous entendons par profession médicale toutes les professions connexes à la médecine, telle que chirurgie, art dentaire, etc.

ments de travail, qui doivent être garantis de façon spéciale, l'assurance de son capital richesse ne diffère pas sensiblement de celle protégeant les objets de n'importe quel individu.

Le contrat « incendie » du médecin, son contrat « vol », est sensiblement le même que celui garantissant un simple particulier. Certes, il existe des différences qui peuvent tenir à la nature même des objets garantis, mais elles peuvent être négligées dans notre travail.

Aussi, laissant de côté l'étude de l'assurance des choses, nous diviserons cet ouvrage de la façon suivante:

Titre I : La Responsabilité médicale.

» II : *L'Assurance de la Responsabilité.*

» III : *L'Assurance du Capital Travail du Médecin.*

TITRE PREMIER

LES FONDEMENTS DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

La responsabilité civile trouve son fondement dans cinq articles du Code civil. Elle peut découler de la faute personnelle, des dommages causés par des choses ou des animaux dont on a la garde ou la surveillance, elle peut découler encore du fait de certaines personnes dont on doit répondre.

L'exercice d'une profession quelconque entraîne une responsabilité, mais l'art de guérir occupe parmi elles une place à part.

La médecine, et nous entendons sous ce vocable la chirurgie, l'art dentaire, les accouchements, etc., la médecine qui a fait tant de progrès ces derniers siècles, est restée néanmoins la science la moins absolue.

Alors qu'en mathématique il existe des formules, des théorèmes constants, alors que dans la construction métallurgique on sait qu'une matière connue se comportera toujours de la même façon dans des cas identiques, la

science médicale procède beaucoup de l'expérimentation et même de l'empirisme.

Le médecin qui traite un patient, diagnostique l'affection pathologique grâce à son expérience et à son bon sens, il espère l'effet de ses médications mais ne peut avoir la certitude absolue du résultat final.

Le remède doit varier avec chaque organisme. Il n'y a pas en médecine de donnée absolue, et tel principe que l'on croyait définitivement démontré, se révèle un jour être faux.

Un entrepreneur de travaux peut promettre d'aboutir à un résultat et son échec se résoud fréquemment en dommages-intérêts après expertise. Un médecin ne peut être tenu des mêmes obligations. De même qu'un avocat ne peut promettre de gagner le procès qui lui a été confié, le praticien ne peut promettre de sauver son malade.

De plus, le médecin jouit, en matière professionnelle, d'une présomption de non responsabilité : il possède un diplôme attestant ses qualités scientifiques.

Nous devons rechercher jusqu'à quel point cette présomption s'applique, ce qui nous forcera d'étudier la nature du contrat qui unit le malade et le praticien.

D'autre part, la responsabilité personnelle du médecin a été très commentée et a fait le sujet de nombreuses thèses de doctorat en droit. Nous ne la développerons donc pas longuement.

Mais à côté de la responsabilité personnelle de l'homme, nous devons étudier celle qu'il encourt du fait de ses aides et, à cette occasion, nous rechercherons les rapports juridiques qui unissent le praticien ou l'établissement de soins et leur personnel : Le médecin sera-t-il responsable vis-à-vis de ces derniers et le forfait des lois sur les accidents du travail s'appliquera-t-il?

Nous développerons chacun de ces points dans les chapitres suivants :

- I. La responsabilité personnelle du praticien.
 - II. La responsabilité qu'il encourt du fait de tiers.
 - Remplaçant ;
 - Assistants et élèves ;
 - Aides, infirmiers, etc.
 - III. La Responsabilité vis-à-vis du Personnel qu'il emploie.
-

CHAPITRE PREMIER

LA RESPONSABILITÉ PERSONNELLE DU MÉDECIN

Georges Ripert déclarait que « là où autrefois on supportait le dommage causé en s'inclinant devant le hasard néfaste, on tente aujourd'hui de trouver l'auteur du dommage (*cit. page 2*). »

C'est par une pensée analogue que débute la thèse de M. Manche (Paris, 1913. *La Responsabilité Médicale*) : « Il semble que l'extension de la responsabilité soit en raison directe du degré de civilisation. »

Il est exact, en effet, que le nombre des procès en responsabilité civile intentés au médecin, lui qui semblait jouir d'un antique usage d'irresponsabilité, va croissant d'années en années.

Certes, l'évolution des mœurs est pour beaucoup dans cet état de fait : les racontars des voisins, la vulgarisation des idées médicales, les propos imprudents des médecins eux-mêmes et le manque de déontologie de confrères, le développement de l'assistance judiciaire en sont peut-être responsables, mais il faut également étudier si la jurisprudence elle-même n'a pas évolué en cette matière, si elle n'a pas développé l'idée d'une faute contractuelle plus facile à démontrer que la faute déli-

tuelle jusqu'alors base de la responsabilité du praticien.

Volontairement, nous ferons l'étude de cette responsabilité personnelle relativement courte, nous contentant de rappeler les grandes lignes qui ont été étudiées par de nombreux auteurs dans beaucoup d'ouvrages.

En étudiant la nature juridique de la responsabilité civile, nous examinerons successivement la valeur du diplôme de docteur en médecine, la théorie de la faute et la nature des tractations entre malades et médecins.

§ 1 — LA VALEUR DU DIPLOME

DE DOCTEUR EN MÉDECINE

L'attribution d'un diplôme en fin de scolarité peut-elle laisser croire à l'existence d'une irresponsabilité quelconque? Certains l'ont prétendu, le législateur de 1892 ayant posé le principe que celui qui ne possède pas le diplôme de docteur en médecine ne peut pas exercer l'art de guérir, parce qu'il n'a pas acquis les connaissances nécessaires et indispensables pour soigner ses concitoyens.

Mais ce désir de protection de la santé publique ne doit pas être interprété comme l'affirmation que chaque élève, sortant des facultés de l'Etat, possède toutes les connaissances suffisantes, lui permettant d'exercer sans jamais être sujet à l'erreur.

D'autant que le titulaire du diplôme peut parfaitement cesser d'étudier, tout en exerçant la médecine, et devenir peu à peu, au regard de ses confrères, un arriéré et même un ignorant. La médecine est en voie perpétuelle de changement ou de progrès; le praticien est un éternel étudiant; il ne saurait donc prétendre à une irres-

pensabilité basée sur l'octroi de son diplôme, car la vérité scientifique d'aujourd'hui pourra être l'erreur de demain.

Le diplôme de docteur en médecine a été institué pour sauvegarder la santé publique. S'il peut être considéré comme une présomption d'absence de faute, il ne peut avoir comme corollaire de faire échapper le praticien aux conséquences de ces dernières.

§ 2 — FAUTE GRAVE OU FAUTE LÉGÈRE?

De quelles fautes l'homme de l'art doit-il répondre?

Si l'on peut théoriquement distinguer entre la faute par omission et la faute par commission, il y a peu d'exemples de fautes par omission, et elles sont semblables au droit commun. Le médecin, tout au moins en ce qui touche la responsabilité civile, n'est point tenu de donner ses soins; mais, s'il a commencé à soigner un patient, il ne doit pas l'abandonner, sans le prévenir et sans motif.

En ce qui concerne la faute par commission, une distinction doit être faite entre la faute lourde et la faute légère.

Si l'irresponsabilité du praticien est inacceptable socialement, la responsabilité absolue serait une exagération.

Si la faute grossière, l'erreur inexplicable, donc excusable ne saurait être tolérée de ceux dont les études ont fait un individu d'intelligence moyenne, ayant acquis une faculté d'observation et de pondération, la faute légère ne peut lui être imputée, la science médicale étant une science trop impondérable. Les circonstances et

même les inégalités inhérentes à chaque être font que même le médecin ne saurait échapper aux faiblesses humaines.

Aussi le fardeau de la preuve est-il fréquemment laissé au plaignant : c'est à lui d'articuler les faits précis à l'appui de sa demande en justice, pour que le juge puisse déterminer, par la suite, s'il y a eu véritablement préjudice pour la victime. Il en résulte que, si la faute du médecin n'est pas rigoureusement établie, s'il n'est pas légalement démontré que l'erreur commise ait entraîné un préjudice pour son malade, celui-ci doit être débouté de son action.

Ici se pose la question du libre choix du médecin par le malade. Peut-on dire que la victime présumée avait toute latitude pour désigner le docteur qui aurait à lui donner des soins, de telle sorte que, s'il y a faute du praticien, la victime ne doit s'en prendre qu'à elle-même pour avoir mal placé sa confiance?

Nous ne le pensons pas. Le diplôme de docteur en médecine est une attestation officielle faisant présumer que le praticien possède la science nécessaire pour exercer l'art de guérir. La victime ne peut faire subir un examen au docteur avant de lui confier sa santé.

La théorie de la responsabilité du médecin est d'ailleurs intimement liée à la nature du contrat qui l'unit à son malade. Suivant que ce dernier invoque une responsabilité délictuelle ou contractuelle, l'étendue de la responsabilité elle-même variera. Certes, certains auteurs ont combattu cette classification (DE GRAND MOULIN, *L'Unité de Faute*, Colin et Capitant, *Cours Élémentaire de Droit civil français*, 3^e édition, tome II, page 379). Planiol déclare à ce sujet : « La différence entre les deux « espèces de fautes manque entièrement de base. Ce

« n'est qu'une sorte d'illusion résultant d'un examen
« superficiel : l'une et l'autre faute créent également
« une obligation, celle de réparer par une indemnité
« le dommage causé. L'une et l'autre supposent égale-
« ment l'existence d'une obligation antérieure, l'une et
« l'autre consistent également dans un fait qui est la
« violation de cette obligation. Seulement, dans ce qu'on
« a convenu d'appeler la faute délictuelle, l'obligation
« violée est une obligation légale ayant ordinairement
« pour objet un fait négatif, une abstention. » (*Traité
élémentaire de Droit civil*, tome II, page 293 et suiv.)

Avec Planiol, il faut reconnaître qu'en général cette distinction a perdu une grande partie de sa valeur pratique par suite de l'extension croissante que le juge a fait prendre à l'idée de faute. Mais, en matière de responsabilité civile médicale, en raison même de la difficulté d'établir la faute et de l'apprécier, la distinction entre faute délictuelle et contractuelle garde encore sa valeur.

§ 3 — QUEL LIEN JURIDIQUE

UNIT DONC LE MÉDECIN ET LE MALADE ?

Un arrêt de la Cour de Cassation (Req., 21 juillet 1919) (1) vient de poser à nouveau la question. En d'autres termes, le médecin doit-il réparation de ses actes en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, en plaçant le praticien sous l'empire du droit commun applicable aux fautes commises par tout citoyen ? Doit-il au contraire être considéré comme ayant failli au mandat à lui

(1) *Gaz. Trib.*, 4-10-1919.

confié par le malade et, par conséquent, relever de l'application des articles 1137 et 1147 du Code civil?

A) *Théorie du contrat.* — Laissons de côté les cas où un véritable contrat a été passé entre le médecin et le malade, comme entre le docteur et les tiers, ceux-ci étant le « negotiorum gestor » du client.

Ainsi, le médecin qui a accepté de soigner une famille moyennant un prix forfaitaire annuel, ne saurait sans engager sa responsabilité abandonner cette famille en plein traitement, sans avoir dénoncé au préalable son contrat, selon les formes requises.

De même, le médecin employé d'usine, d'administration, ou ayant contracté à l'année avec une mutualité, avec le préfet pour le service de l'assistance médicale gratuite, avec une caisse de secours mutuel, serait rendu responsable de toute violation de son contrat, véritable louage de service. Ce sont les seuls cas de faute par omission signalés plus haut.

D'ailleurs, le médecin conserve la faculté de réclamer en justice des dommages-intérêts pour brusque renvoi injustifié. (Amiens, 3 févr. 1906. *Gaz. Trib.*, 1906, 2242. — Trib. Civ. Seine, 29 novembre 1921. *Concours Médical*, 1922, 221. — Cass. Civ., 3 mars 1926. *D. H.*, 1926, 221.)

A part ces cas, doit-on dire que, lorsque le médecin se rend à l'invitation d'un malade et lui donne des soins, il se forme une convention synallagmatique entre eux? Contre des honoraires que le malade s'engage à verser au praticien, celui-ci donnerait en échange toute sa science et tout son dévouement? Peut-on dire, avec des auteurs anciens, que le malade donne au médecin man-

dat de le guérir? Nous ne croyons pas ici au mandat et notre opinion est corroborée par celles de nombreux auteurs. Aux termes de l'article 198 du Code civil, le mandat, ou procuration, est un acte par lequel une personne donne à une autre autre le pouvoir de faire quelque chose en son nom. Le médecin, qui soigne un malade, n'agit en aucune façon au nom de ce dernier. D'autre part, disons-le avec Planiol (*Droit civil*, tome II, page 719), que l'homme qui exerce une profession libérale accomplit des actes qui en dépendent en son propre nom et nullement au nom et comme représentant de ceux qui doivent en profiter.

Les médecins, les avocats, les notaires, ne sont pas les mandataires de leurs clients, ils n'agissent pas au nom de ceux-ci; tandis que l'avoué est un véritable mandataire qui reçoit de son client le pouvoir de soutenir son action en justice.

Le contrat qui lie le médecin à son malade est plutôt un contrat de louages de services (PLANOL, *op. cit.* BAUDRY, LACANTINERIE et WALH, *Du Mandat*, n° 379. LABBÉ, note *Sirey*, 1893, I, 497. AUBRY et RAU, 5^e édit., t. V, 371 *bis*), certains auteurs l'appellent encore contrat « sui generis ».

L'article 1710 du Code civil définit le contrat de louage de services « un contrat par lequel une partie s'engage à faire quelque chose pour l'autre moyennant un prix convenu entre elles ».

Cette définition répond bien à la nature des actes faits par le praticien. On objectera cependant à cette théorie que l'article 1780 du Code civil déclare qu'on ne peut engager ses services qu'à temps et pour une période déterminée et qu'une consultation unique donnée au

cabinet du médecin ne constitue pas à elle seule un contrat de louage de services. Nous pourrions répondre que le législateur a voulu, dans cet article, protéger la condition économique du travailleur, que sa situation socialement inférieure ne rend pas toujours apte à discuter à égalité les conditions d'un contrat et qui pourrait se trouver confiné toute sa vie dans une position subalterne, contraire à ses intérêts. L'article 1780 du Code civil a posé le principe de la durée maxima d'un engagement, il n'a point établi de minimum, et l'on peut conclure que le médecin qui donne une consultation à son cabinet loue son travail pendant la durée de cette consultation.

Une objection plus marquante a été faite à la théorie du « louage de service médical ». Dans le louage de services commun, l'employé doit ses services à un employeur déterminé, pour une durée de temps convenue, pour un travail d'un genre indiqué d'avance, et doit obéir aux ordres de son employeur. Or, ce n'est pas le cas du médecin.

Le travail scientifique et intellectuel du praticien fait l'objet d'un contrat qui se rapproche plutôt du contrat d'entreprise.

Nous pourrions donc conclure cette argumentation purement doctrinale en disant que lorsqu'un docteur contracte, pour un temps plus ou moins long, l'engagement de donner ses soins aux membres d'une collectivité (usine, assurance, mutualité, A. M. G., etc.), il y a bien contrat de louage d'ouvrage, contrat de travail.

Si, au contraire, il donne ses soins à un malade déterminé, pour la durée d'une maladie, ou pour un temps plus court, il y a contrat d'entreprise.

Laissons de côté le cas où le praticien est appelé d'ur-

gence, auprès d'un blessé sans connaissance. Le médecin est juridiquement le « negotiorum gestor » du patient, car il n'a pu se former entre eux ni mandat ni contrat. Et cependant le médecin prodigue ses soins, le malade lui doit des honoraires, la gestion d'affaire n'est pas gratuite, différant en cela de la gestion d'affaire type du Code civil.

Cette conclusion à laquelle nous arrivons de savoir que le médecin est lié à son malade non par un mandat, mais par un contrat de louage de service ou d'entreprise, quelquefois de gestion d'affaires, a une grosse importance pour comprendre l'orientation de la Cour de Cassation en matière de responsabilité professionnelle, depuis l'arrêt de 1919 précité.

Le client vient-il se plaindre de son médecin? Ce seront les articles 1137 et 1142 du Code civil qui seront applicables et non les articles 1382 et 1383.

Il n'y aura pas droit à réparation si l'obligé (le médecin) a apporté tout son soin dans l'accomplissement de sa tâche et s'il n'a pas compromis la santé de son client, en négligeant d'accomplir toutes les obligations professionnelles et scientifiques nées de son contrat même, ou en méconnaissant les règles essentielles de la prudence et du bon sens, ainsi que les principes fondamentaux et universellement reconnus de la science médicale.

§ 4 — THÉORIE DE LA RESPONSABILITÉ DÉLICTUELLE

La plupart des auteurs qui ont écrit sur la responsabilité médicale ont toujours discuté sur le point de savoir si le médecin est responsable de sa faute même légère, ou seulement de sa faute lourde. Ce problème soulève l'interprétation des articles 1382 et 1383 du

Code civil, obligeant celui qui cause un dommage à autrui à le réparer.

La jurisprudence en pareille matière a, pendant longtemps, été fidèle à ce principe et, pour condamner un médecin à des réparations civiles, les juges cherchaient s'il y avait eu de la part du praticien impéritie, négligence, ou ignorance absolue des règles les plus élémentaires de l'art de guérir.

Un revirement s'est produit à propos de transport par chemins de fer. Après avoir pendant de longues années admis la responsabilité des compagnies de transport, basée sur les articles 1382 et 1383, un arrêt de la Chambre civile de la Cour de Cassation (21 novembre 1911) (1), suivi de nombreuses décisions analogues, a admis que la responsabilité du transporteur découlait d'un contrat passé entre ce dernier et le voyageur.

Cette même responsabilité contractuelle, basée sur les articles 1137 et 1142 du Code civil, fut appliquée au corps médical par la Cour de Cassation, dans un arrêt du 21 juillet 1919 (précité).

§ 5 — LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN EST-ELLE CONTRACTUELLE OU DÉLICTEUELLE?

En cas de faute de la part du docteur, celui-ci doit-il être considéré comme ayant manqué à ses engagements, découlant d'un contrat de louage de services ou d'entreprise, ou « sui generis » ? Doit-il, au contraire, être rendu responsable comme ayant failli aux obligations imposées par le législateur à l'ensemble des citoyens ? Nous laissons bien entendu de côté toute responsabilité pénale,

(1) *D.*, 1913-1-249.

qui nous entraînerait en dehors des limites de notre travail.

Le délit civil existe dès qu'il y a violation d'une règle de droit civil imposée par le législateur, et c'est en vertu de ce principe que la partie lésée sollicitera des dommages-intérêts.

La jurisprudence de la Cour de Cassation, suivie tout récemment par le Tribunal correctionnel d'Evreux (16 nov. 1922) (1), semble abandonner l'ancienne conception de la responsabilité délictuelle pour adopter la responsabilité contractuelle. Le médecin serait responsable de sa faute, non parce qu'il a violé les règles de prudence et commis une faute dont il doit réparation en vertu de l'article 1382, mais parce qu'il n'a pas accompli tous ses engagements contractuels et professionnels envers le client qui lui a demandé ses soins.

LAURENT (*Principe de Droit civil*, t. XX, N° 516), écrit :

« Il serait dangereux de déclarer les médecins responsables en vertu des articles 1382 et 1383 du Code civil, car ils répondraient de la moindre négligence et de la moindre imprudence. Pour échapper à cette conséquence, on a essayé de distinguer entre les faits de l'homme responsable de toute faute, tandis que le médecin ne serait tenu que de la faute lourde (Metz, 21 mai 1867. *D.* 67, 2, 110). Il est inutile de discuter cette distinction, car elle n'a pas de fondement ni dans le texte, ni dans les principes; c'est la Cour qui l'a imaginée en oubliant qu'il y avait des principes légaux sur la responsabilité. Il faut choisir ou la règle de la responsabilité contractuelle qui est celle de la faute légère, ou la responsabilité du quasi délit qui est la

(1) *Gaz. Pal.*, 1922-2-618.

« faute la plus légère : la responsabilité de la Cour de
« Metz n'est ni l'une ni l'autre, c'est-à-dire qu'elle est
« en dehors de la loi. »

Cette distinction est plus théorique que pratique. En effet, dans les cas de responsabilité contractuelle, ce n'est plus au client demandeur de faire la preuve que le médecin a commis une faute, mais c'est au praticien à démontrer qu'il a agi selon toutes les règles de l'art.

Or, le juge a parfaitement raison de douter de sa compétence en matière professionnelle médicale. La science du médecin est imparfaite, sujette à des variations et même à l'erreur, non seulement de l'homme, mais même de la doctrine en faveur du moment. Lorsqu'il soigne son client, le praticien met en pratique la science qu'il a reçue et qu'il a entretenue par ses études ; mais il applique son savoir selon son tempérament personnel, pour le mieux des intérêts de son client. Il serait donc impossible, ce serait même dangereux pour la santé publique, de vouloir emprisonner dans des règles de conduite étroites la science et les aptitudes personnelles de chaque médecin. Ce sont celles-ci qui font avancer l'art médical. Le docteur doit être laissé libre d'agir et d'ordonner selon sa conscience et les circonstances.

« Parfois, l'erreur même constaté peut ne pas être
« productrice de réparation, parce qu'elle peut ne pas
« constituer une faute, étant donné les cas spéciaux »,
déclare le docteur Paul Boudin dans un article du
Concours Médical.

Seuls les praticiens peuvent (et encore ne doivent-ils le faire qu'avec prudence et circonspection) juger la conduite scientifique et professionnelle de leur confrère.

Le procureur général Dupin, dans un procès fameux

(Cour de Cassation, 18 juin 1835, S., 35-1-401), déclarait :

« Dans les questions de ce genre, il ne s'agit pas de savoir si tel traitement a été ordonné à propos, ou mal à propos, s'il devait avoir des effets salutaires ou nuisibles, si un autre n'aurait pas été préférable, si telle opération était ou non indispensable, s'il y a eu imprudence ou non à la hasarder ou malhabileté à l'exécuter, si avec tel instrument, d'après tel ou tel procédé, elle n'aurait pas mieux réussi. Ce sont là des questions scientifiques à débattre entre docteurs et qui ne peuvent pas constituer des cas de responsabilité civile ni tomber sous l'examen des tribunaux. »

Le Tribunal d'Evreux (*précité*) émettait de son côté les considérations lapidaires suivantes :

« En raison des divergences d'opinion soutenues par les experts entre chefs d'école réputés, les juges, désarmés pour départager Hippocrate et Gallien... » (Même sens : Cass. Requêtes, 21 juil. 1862. D., 62-1-149 Req., 11 janv. 1865. *Gaz. Trib.*, 12 janv. 1865, et plus récemment : Seine, 22 janv. 1891. D., 91-2-281 et 5 janv. 1901. *Le Droit*, 14 janv. 1901.)

CONCLUSION

Il n'y a pas lieu d'attacher grande importance, comme certains ont cru devoir le faire, à la nouvelle orientation de la jurisprudence à la suite de l'arrêt de Cassation du 21 juillet 1919. Il s'agit davantage d'une décision de doctrine que de l'aggravation de la responsabilité du médecin.

Que celui-ci commette une faute lourde, qu'il ait

fait montre d'une ignorance des choses qu'un homme de l'art doit nécessairement connaître, il devra réparation du dommage qu'il aura causé, tout comme n'importe quel citoyen.

C'est cette responsabilité dont nous nous disposons plus loin d'étudier l'assurance. Il faut, en effet, que le praticien puisse travailler en toute quiétude d'esprit. Il ne faut pas que les progrès de la thérapeutique soient entravés par la crainte de la responsabilité pécuniaire. L'assurance va intervenir pour prendre en charge le fardeau du risque social.

CHAPITRE II

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU FAIT DES TIERS

Dans l'exercice de sa profession, le médecin peut employer des aides, des auxiliaires, dont la nature diffère. Aussi, il sied de diviser cette partie en trois sections :

1° Responsabilité du médecin du fait de son remplaçant ;

2° Responsabilité du médecin du fait de ses assistants et de ses élèves ;

3° Responsabilité du médecin du fait de ses aides de toute nature.

§ 1 — RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU FAIT DE SON REMPLAÇANT

Le remplacement, en matière médicale, est maintenant passé dans les mœurs. Qu'il soit souffrant ou en vacances, le praticien se fait souvent remplacer.

La loi du 30 novembre 1892 sur l'exercice de la médecine pose certaines obligations. Elle déclare d'abord, dans son article premier :

« Nul ne peut exercer la médecine s'il n'est muni d'un
« diplôme de docteur en médecine délivré par le Gou-
« vernement français, à la suite d'examens, etc. »

En matière de remplacement, l'article 6 de la loi du
30 novembre 1892, modifiée par la loi du 6 mai 1922,
décide que :

« Les internes des hôpitaux et hospices français nom-
« més au concours et munis de seize inscriptions, et les
« étudiants en médecine ayant terminé leur scolarité et
« étant dès lors muni de vingt inscriptions, peuvent être
« autorisés à exercer la médecine pendant une épidémie
« ou à titre de remplaçants de docteurs en médecine ou
« d'officiers de santé. Cette autorisation, délivrée par le
« préfet du département, est limitée à trois mois. Elle
« est renouvelable dans les mêmes conditions. »

Il faut remarquer avant tout que seul, le grade de
docteur en médecine conféré par le Gouvernement fran-
çais, donne le droit d'exercer la médecine en France, ou
de faire des remplacements sans qu'il soit besoin de
demander l'autorisation préfectorale. Ni le titre de doc-
teur en médecine d'université ni les doctorats étrangers
ne donnent le droit d'exercer.

Cependant, par tolérance réciproque avec la France,
les médecins de Belgique ou de Suisse peuvent, en vertu
de la convention diplomatique du 12 janvier 1881, et de
celle du 25 juillet 1899, exercer leur art dans les com-
munes françaises limitrophes (v. Trib. civ Valenciennes,
15 mars 1905, *Droit Méd.*, 5 juin 1905, p. 9. Trib. Corr.
Carcassonne, 26 déc. 1905, *Mon. Lyon*, 4 mai 1906. Trib.
Corr. Sedan, 15 mai 1907, *Le Droit*, 23 oct. 1907, et la
note, Paris, 9^e Ch., 20 nov. 1907, *La Loi*, 21 déc. 1907.
Conseil d'Etat, 28 févr. 1896, *D.*, 1897, 3-22).

Quelle serait la responsabilité du médecin remplacé si

l'une des conditions posées par la loi de 1892 n'était pas remplie par le médecin remplaçant, si ce dernier n'était pas docteur en médecine d'une faculté française, ou pourvu des vingt inscriptions, titres ou autorisations l'habilitant légalement à faire le remplacement?

En cette matière, il faut distinguer entre le défaut de capacité du remplaçant pour exercer la médecine et l'absence d'autorisation administrative exigée pour son habilitation.

A) Défaut de capacités du remplaçant.

Si le remplaçant n'a pas les qualités professionnelles pour être remplaçant (étudiant trop jeune dans ses études, n'ayant pas achevé sa scolarité), la faute du médecin remplacé sera patente et sa responsabilité sera engagée pénalement et civilement. Le remplaçant sera poursuivi pour exercice illégal de la médecine, et le remplacé comme complice. Sa responsabilité sera double : les peines prévues à l'article 18 de la loi du 30 novembre 1892 leur seront applicables : amende de 100 à 500 francs et, en cas de récidive, amende de 500 à 1.000 francs avec emprisonnement de six jours à un mois.

A plus forte raison, la responsabilité civile du remplacé pourra-t-elle être encourue : n'a-t-il pas confié ses clients à un remplaçant qui n'avait pas les qualités scientifiques exigées par la loi pour exercer, même à titre temporaire, l'art de guérir?

Le remplacé est présumé en faute pour n'avoir pas pris toutes les précautions nécessaires et indispensables pour s'assurer du savoir professionnel de son remplaçant. La responsabilité est d'autant plus lourde que le

remplaçant sans titre sera condamné, la plupart du temps même si le dommage qu'il a causé eut été produit sans aucune faute professionnelle par un docteur en médecine. Poussant cette argumentation très loin, certains tribunaux ont déclaré un peu abusivement que le non-médecin était responsable civilement même s'il n'y avait pas eu dommage direct, car :

« Le fait par un empirique qui se fait passer pour
« docteur-médecin de donner des soins à un malade,
« constitue à lui seul un préjudice dont il doit répara-
« tion à ce malade en ce sens que de tels agissements
« ont pour conséquence d'éloigner du malade un homme
« de l'art apte à donner des soins et une médication
« appropriés. » (Trib. civ. Seine, 1^{er} mai 1901. *D.*, 1903
2-415.)

Un autre jugement rendu sur une affaire semblable paraît, à première vue, être contradictoire :

« Un empirique exerçant illégalement la médecine ne
« peut pas être condamné à des dommages-intérêts en
« réparation du préjudice qu'il a causé à un malade par
« le traitement qu'il lui a fait subir. » (Trib. civ. Nantua,
25 févr. 1909. *La Loi*, 24 juin 1909.)

La contradiction n'est qu'apparente. Ce deuxième jugement, qui est en lui-même critiquable et aurait pu être utilement porté devant la Cour d'Appel, déboutait un plaignant qui avait eu affaire à un rebouteux en connaissance de cause et qui devait donc parfaitement connaître le risque qu'il courait.

Nous pouvons donc conclure que, s'il y avait eu manœuvre dolosive (le seul fait que le remplaçant n'est pas apte à donner des soins peut en constituer une) et si le plaignant ignorait cet exercice illégal commis par le donneur de soins, la responsabilité du remplaçant et

celle du médecin remplacé seraient très fortement mises en cause.

Une présomption de faute existerait et le praticien titulaire ne pourrait se dégager qu'en prouvant que sa bonne foi a été surprise par une escroquerie nettement caractérisée, telle que présentation de faux titres.

B) *Défaut d'autorisation administrative.*

Le remplaçant (loi de 1892 précitée) doit en outre être muni de l'autorisation préfectorale. Quelle serait la responsabilité civile encourue par le médecin remplacé et par le remplaçant, si ce dernier, tout en étant titulaire des inscriptions et des titres requis, ne s'était point préalablement muni de l'autorisation exigée? La situation serait toute autre que dans le cas étudié plus haut. Il n'existerait plus à l'égard du remplaçant de présomption de faute professionnelle. Il ne serait responsable civilement que dans les termes du droit commun. Tout au plus pourrait-il être poursuivi pénalement pour exercice illégal. En effet, l'autorisation préfectorale est une simple autorisation d'ordre administratif. Elle ne vise en aucune manière la qualité professionnelle.

C) *Responsabilité normale.*

Quelle est la responsabilité du médecin remplacé, lorsque son remplaçant est légalement apte à remplir ce poste?

Elle ne peut découler que de l'article 1382 du Code civil. Le remplacé n'est responsable que de sa faute personnelle, car l'article 1384 du Code civil découlant des rapports entre maîtres et préposés, ne peut s'appliquer en cette matière.

En effet, les éléments qui ont servi de base à l'article 1384 ne se retrouvent pas en cette occurrence. Cet article est basé, suivant certains auteurs, sur l'idée du choix : la « culpa in eligendo » (Pothier, oblig, n° 121 ; Demolombe, t. 31, n° 568 ; Laurent, t. 20, n° 370 ; Baudry Lacantinerie, t. 2, p. 1352).

D'autres auteurs font reposer la responsabilité de l'article 1384 sur l'idée de surveillance que les maîtres doivent exercer sur leurs commettants (Aubry et Rau, t. IV, § 447, p. 761. — Larombière, note sous Cass., 25 oct. 1886, *S.*, 87.1.457).

Les tribunaux semblent avoir adopté cette thèse (Turin, 21 déc. 1897. *D.* 1900 2.475. Cass., 25 déc 1886. *S.*, 87.457 et note, Cass. 5 janv. 1891. *S.*, 92.1.247. Cass. 30 oct. 1902. *S.* 1902 1.544. Voir également : Douai, 25 juin 1841. *S.* 42.2.49).

Or, en matière de remplacement médical, il n'existe aucun des rapports exigés. Le remplaçant n'est pas le préposé du médecin remplacé. Ce dernier ne peut donner que des indications à son remplaçant, mais nullement des ordres pour la conduite du traitement. Il faut remarquer également que le deuxième élément, l'idée du choix, ne peut pas non plus étayer l'application de l'article 1384, le remplacé a pris son remplaçant parce que celui-ci avait les titres reconnus et exigés par la loi. Il en résulte que le remplaçant, légalement qualifié, est seul responsable de ses actes cliniques et thérapeutiques sans que le remplacé puisse être inquiété de ce chef.

Cependant, le médecin remplacé peut, dans certains cas, encourir une certaine responsabilité. Il peut avoir posé un diagnostic erroné, et chargé son remplaçant d'administrer au malade le traitement afférent à la maladie présumée. Sa responsabilité pourra être

retenue, mais elle ne sera pas entière. Le remplaçant doit « examiner et surveiller » le malade, il a l'obligation de contrôler les indications données par le médecin qu'il remplace; il a également pour devoir de suivre l'évolution de la maladie, de rectifier un diagnostic si ce dernier est reconnu erroné.

Si le médecin remplacé était condamné pour un fait analogue, ce ne serait pas l'article 1384 qui jouerait, mais l'article 1382; ce ne serait pas la « culpa in eligendo » qui aurait entraîné condamnation, ce serait la faute personnelle du praticien.

On a cité également la faute du remplacé, qui aurait mis à la disposition de son remplaçant des instruments défectueux ou détériorés, comme un appareil à rayons X fissuré qui aurait occasionné une brûlure.

Cependant, le remplaçant eut dû vérifier l'appareil, et le degré de culpabilité dans cette faute commune sera une question de fait qu'il appartiendra aux tribunaux de trancher.

De même, une responsabilité pourrait peser sur le remplacé qui aurait laissé à la disposition de son remplaçant, à l'insu de ce dernier, des médicaments avariés et pouvant occasionner des troubles graves.

Encourt encore une responsabilité le remplacé qui, après avoir fait suivre à un patient un traitement qui souffre une contre-indication, n'en a pas averti son remplaçant.

Mais, de quelque côté qu'on se tourne, on s'aperçoit qu'il n'y a pas à proprement parler de responsabilité prenant sa source dans le médecin remplaçant, si la situation de celui-ci répond aux obligations de la loi. Au point de vue professionnel, le médecin remplacé ne répond que de sa faute personnelle. Dans certains cas,

le remplaçant est l'agent qui a révélé, qui a cristallisé cette faute, mais on constate qu'elle a pris naissance dans la personne du médecin remplacé.

Une exception a cependant été faite : mais elle est plus apparente que réelle. La prétendue faute, article 1384, n'est que l'application de la faute personnelle du remplaçant : il s'agit de la responsabilité encourue par celui-ci, s'il était de commune renommée que le remplaçant choisi était un incapable ou un individu de conduite si notoirement déplorable, que l'on ne pouvait le considérer comme un médecin sérieux.

Le principe de cette responsabilité serait la « culpa eligendo » analogue à celle qui, d'après certains auteurs, est la base de l'article 1384. Nous estimons qu'une grande différence les sépare. Dans un cas, la faute personnelle doit être démontrée, alors que l'article 1384 crée une présomption irréfragable de responsabilité.

Nous avons dit que le médecin remplacé n'était pas responsable des fautes professionnelles commises par son remplaçant. *Peut-il être responsable des fautes extra professionnelles commises par le remplaçant ?*

Il y a en effet deux fautes bien distinctes à envisager : la faute médicale et celle commise à l'occasion de l'exercice médical, mais qui n'est pas, en elle-même, une faute professionnelle. Lorsque le remplaçant prend la voiture du praticien pour aller voir un malade, lorsqu'il se sert de la bicyclette du remplacé pour l'accomplissement de sa mission, rien ne s'oppose à ce que le remplaçant soit considéré comme le préposé du médecin remplacé. Alors que ce dernier n'a pas le droit d'imposer à son remplaçant telle ou telle directive médicale, il peut lui ordonner, et c'est la base même du contrat de remplacement, de visiter tel ou tel client. Ici, l'élément

subordination exigé par les différents arrêts de cassation précités peut jouer complètement, la responsabilité peut être double :

Si le remplacé cause un accident avec la voiture ou l'objet du praticien remplacé, celui-ci peut être condamné, en vertu de l'article 1384 du Code civil, tant pour la responsabilité des objets que l'on a sous sa garde... que pour celle des personnes dont on doit répondre.

Nous renvoyons, pour la différence entre la faute professionnelle et la faute que l'on pourrait qualifier de faute de service, au paragraphe suivant de ce travail, où nous étudierons la « faute administrative ».

§ 2 — RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

DU FAIT DE SES ASSISTANTS ET DE SES ÉLÈVES

Un médecin, chef de service dans un hôpital, a la plupart du temps auprès de lui, dans son service, et même fréquemment en clientèle de ville, un certain nombre d'assistants, d'élèves, ou d'auxiliaires.

La responsabilité qu'il encourt de ce fait peut être différente suivant la qualité de ces personnes. En effet, dans la généralité des cas, l'assistant est un praticien qui veut se perfectionner dans une spécialité médicale, chirurgicale, dentaire, enseignée par le professeur. L'élève, au contraire, n'a pas encore le titre de docteur en médecine.

L'assistant diffère encore fréquemment de l'élève en ce qu'il ne dépend que du chef de service qui l'a choisi ; parfois, même, ce n'est pas un choix, mais une simple autorisation de ce dernier.

L'élève, par contre, est désigné la plupart du temps par une commission administrative d'hôpital, à la suite d'un concours ou au choix.

A) *Quelle va être la responsabilité du médecin d'hôpital relativement à ses assistants?*

Au point de vue scientifique et professionnel, le docteur en médecine assistant ne peut pas recevoir d'ordre. Au point de vue pratique, cependant, l'assistant suivra les indications, les directives de son maître. Si, contrôlé par ce dernier, il fait une opération qu'il connaît mal, le professeur pourra être responsable : il aurait dû s'assurer à l'avance du savoir technique de son assistant, avant de lui confier une opération délicate. La faute peut être double, faute de l'assistant et faute du maître, car l'assistant aurait dû opérer sous la direction plus ou moins immédiate du maître. Aussi, nous constatons que la responsabilité du professeur qui, *a priori*, semble découler de l'article 1384, résulte néanmoins de l'article 1382 : il a commis une faute personnelle.

B) *Quelle sera la responsabilité du médecin du fait de ses élèves?*

Il faut, avant tout, distinguer deux sortes de fautes que peuvent commettre les élèves : des fautes professionnelles, ou médicales, et des fautes de service, d'ordre administratif.

Les fautes professionnelles se divisent elles-mêmes en deux groupes : celles ayant pris naissance dans la personne de l'élève et celles découlant de la personnalité du maître.

Dans le premier cas se placent les fautes d'inattention

commises par l'élève au cours d'un acte opératoire. Nous verrons tout à l'heure que cette faute peut être rapprochée de la faute de service et nous étudierons qui doit en supporter la responsabilité.

Par contre, si le médecin fait exécuter par un élève un traitement dont il a pris l'initiative, que ce traitement n'ait pas réussi, ou que, mal dirigé, l'élève ait échoué, il peut y avoir faute professionnelle du chef de service.

En cette matière, en effet, l'élève doit obéir aux ordres techniques qui lui sont donnés : il n'est pas encore docteur en médecine et justement, est placé dans le service pour s'instruire, il doit être surveillé par le professeur. (Paris, 29 oct. 1904 (*La Loi*, 1904, p. 718). Lyon, 15 déc. 1859, *D.*, 59-3-87. Cass., 16 sept. 1886, *S.*, 87-1-397.)

La responsabilité du fait de l'élève découle encore ici, non pas de l'article 1384, mais de l'article 1382, de la faute personnelle du professeur.

Par contre, si l'élève n'a pas exécuté l'ordre du médecin, ce dernier doit-il être responsable? Il y a là une faute administrative. Dans la pratique courante, de qui l'élève est-il le préposé? Nous estimons qu'il est celui du médecin en ce qui touche l'exécution des ordres médicaux et scientifiques. Par contre, pour les autres questions, il est le préposé de la commission administrative de l'hôpital qui l'a choisi et qui a sur lui le pouvoir disciplinaire, quant à l'exécution des ordres reçus (1).

Ici, c'est l'article 1384 du Code civil qui joue dans sa plénitude. D'une part, la commission administrative nomme les élèves, c'est la « culpa in eligendo »; d'autre

(1) Sauf si l'élève est stagiaire et comme tel désigné par la Faculté de Médecine et non par l'Assistance publique.

part, comme elle a le droit de punition ou de révocation, l'élève, préposé, est dans un état de subordination par rapport au commettant. C'est le deuxième élément, base de l'article 1384.

Le chef de service d'un hôpital peut-il être responsable des fautes administratives commises par l'élève ou est-il exonéré de toute responsabilité, l'hôpital lui étant substitué?

Non, car le médecin peut être condamné si, au cas d'insuccès de sa thérapeutique, ou devant une complication, il ne recherchait pas immédiatement le pourquoi de ces résultats.

Le docteur PAUL BOUDIN (*Concours Médical* du 17 août 1924) déclare : « Il a le devoir de s'enquérir de la manière « dont ont été exécutés ses ordres et signaler à l'administration, seule compétente en matière de discipline, « l'absence de toute confiance qu'il peut placer dans « le personnel qui l'entoure et l'aide. »

(Comparer Dijon, 18 mars 1903. S., 1904-2-112. Lyon, 17 juin 1896. D. 98-2-164.)

Le Tribunal civil de Marseille (2^e Ch.) fait également application de ces principes dans un jugement du 2 juin 1909 (Jurisp. Marseille, 1909-483) en décidant « que les « internes des hôpitaux, quoique nommés au concours, « sont les préposés de l'administration des hospices et « cette dernière est civilement responsable des fautes « qu'ils commettent dans l'exercice de leurs fonctions ».

On voit que la responsabilité des médecins des hôpitaux du fait de leurs élèves internes ou externes se résume à cette question : L'élève n'a-t-il fait qu'obéir aux ordres scientifiques donnés par le chef de service (dans ce cas, responsabilité de ce dernier), ou a-t-il commis une faute personnelle (négligence ou impé-

ritie), auquel cas l'hôpital est considéré comme responsable (1).

§ 3 — RESPONSABILITÉ DU FAIT DES AIDES, INFIRMIERS, etc.

Le praticien peut-il être responsable de l'ensemble de son personnel non médecin ou non étudiant en médecine qu'il emploie :

1° A son domicile; 2° en clientèle; 3° dans une maison de santé lui appartenant?

A) *Personnel employé
au domicile professionnel du médecin.*

Il est hors de doute que le praticien qui utilise chez

(1) Un cas s'est présenté plusieurs fois qui ne laisse pas d'être assez démonstratif : Un médecin des hôpitaux peut-il être poursuivi 1° pour complicité d'exercice illégal de la médecine; 2° pour dommages et intérêts éventuels, lorsqu'il laisse pratiquer une intervention par une personne non diplômée, mais que les fonctions de son ministère appellent à pratiquer couramment une opération pour la pratique de laquelle il doit avoir un certificat médical constatant son aptitude. Tel le mohel circonciseur israélite...

Le tribunal civil de Bordeaux, 22 juin 1898 (*Gaz. Trib.*, 28 juin 1898) a jugé que celui qui n'est ni docteur en médecine, ni officier de santé, ni même étudiant en médecine, commet une faute en pratiquant une opération chirurgicale en dehors de tout cas d'urgence.

De même Bordeaux (6 févr. 1900, *D.*, 1900-2-470) déclarait : L'autorisation de suivre la clinique opératoire d'un hôpital accordée par l'Administration des Hospices à une personne sans qualité médicale, en l'espèce un ministre du culte israélite, alors même qu'il serait obligé à révéler ses aptitudes aux fonctions de mohel circonciseur en présence du médecin appelé à attester sa capacité et qu'il procéderait à l'opération sous son contrôle et sa surveillance, ne lui donne pas le droit de pratiquer sur un malade la circoncision qu'il ne peut opérer sur ses coreligionnaires israélites et en obéissance de leur culte commun.

lui des aides quelconques, tels qu'infirmiers, masseurs, en est responsable, s'il les a engagés lui-même.

L'article 1384 du Code civil s'applique ici complètement. D'une part, l'aide a été librement choisi par le médecin; d'autre part, le praticien peut lui donner des ordres à la fois administratifs et professionnels.

Planol déclare (*op. cit.*) que pour que la « culpa in eligendo » s'applique, il faut qu'il y ait subordination.

« Le moyen de voir les rapports des commettants « à préposé, déclare ce jurisconsulte, se trouve dans « l'examen de l'indépendance plus ou moins grande du « travailleur vis-à-vis de celui qui l'emploie... »

« Il faut encore que l'acte dommageable soit commis « par le préposé dans l'exercice de la fonction à laquelle « on l'emploie. »

La jurisprudence paraît fixée en ce qui concerne ces points (Cass., 8 juillet 1807, *S. et P. Chr.* — Cass., 3 mars 1884, *D.* 85-1-63, *S.* 85-1-215. — Cass., 20 déc. 1904, *D.* 1905-1-16, *S.* 1905-1-173. — Req. 1923, *D. H.* 1924, 49. — Cass., 19 mai 1924, *D.* 1-200. — Nancy, 22 juil. 1925, *D. H.* 1925, 568).

Par contre, le praticien n'est plus responsable si le personnel qu'il a engagé et qu'il a sous ses ordres a commis un abus de fonction (Trib. civ. Seine, 4^e Ch., 1925). Un ouvrier qui s'était adressé directement à un employé infirmier pour se faire soigner, sans prévenir le médecin, « l'avait fait en ses risques et périls et « qu'ainsi il ne pouvait avoir recours contre le directeur de la clinique ».

Toutefois, la responsabilité des maîtres, du fait de leurs préposés, découle en partie de la surveillance qu'ils doivent exercer sur ces derniers. Aussi certains tribunaux ont déclaré le commettant responsable pour n'avoir

pas pris les dispositions nécessaires pour éviter cet abus de fonctions (Cass., 3 mars 1923. *D.*, 1923-1-50).

B) Médecin propriétaire de maisons de santé.

Le médecin propriétaire de maison de santé est assimilé à celui qui occupe du personnel médical à domicile. Il est responsable de ce personnel. En cette matière, néanmoins, la théorie de l'abus de fonction a toujours été jugé de façon très restrictive par la jurisprudence.

La Cour d'Appel d'Aix (19 oct. 1911, *Rev. de Droit Médical*, 1912, p. 17) condamna l'hôpital comme civilement responsable d'un infirmier qui avait violé le règlement administratif de cet hôpital. Il a été jugé de même (Paris, 6 juin 1923, *D.* 1924-2-117) qu'une compagnie d'assurance commettante était responsable des insuffisances ou des erreurs de traitement commises par le service qu'elle avait organisé. Il s'agissait, en l'espèce, d'une accidentée du travail qui, après examen sommaire par le médecin du dispensaire de la société, avait été confiée pendant quarante-cinq séances aux mains d'un masseur de cette compagnie, et sans que, dans cet interval, elle ait fait contrôler les résultats du traitement institué.

En résumé, le médecin employant du personnel quelconque n'est responsable, aux termes de la jurisprudence, que si ce personnel est lié à lui-même par un contrat de louages de services, ou n'a pas été assujéti à une surveillance scientifique et professionnelle suffisante de la part du praticien (Cour d'Appel de Paris, 25 juin 1920).

§ 3 — RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN
DU FAIT DE SES AIDES EN CLIENTÈLE

Nous venons de voir que le fondement de la responsabilité du praticien, du fait des personnes qu'il emploie, reposait sur les liens de subordination qui doivent exister entre le praticien et ses aides.

L'application de ces principes nous donnera les solutions à appliquer, en ce qui concerne la responsabilité du praticien qui emploie des collaborateurs en clientèle.

Deux cas peuvent se présenter :

Où le collaborateur du médecin a été choisi uniquement par ce dernier.

Où cet aide a été appelé par la famille du malade.

Dans ces deux hypothèses, un rapport existe bien entre médecin et aide. Le praticien reste le maître de l'ouvrage, mais dans la première hypothèse l'aide ne dépend que du médecin, tandis que dans le second cas, il ne relève que de la famille qui l'a engagé.

Suivant l'une ou l'autre de ces hypothèses, la responsabilité de l'homme de l'art découlera de l'article 1384 ou de l'article 1382.

Lorsque, dans le premier cas, le praticien se fait aider en clientèle par du personnel qu'il a engagé lui-même, ce médecin est responsable de ses infirmiers comme il est responsable du personnel qui l'assiste à son domicile professionnel ou à sa clinique.

Un cas, cependant, peut donner lieu à quelques difficultés :

Un praticien détache en clientèle un de ses infirmiers. Ce dernier passe ainsi au service d'un tiers. Le médecin pourra-t-il soutenir qu'il y a eu déplacement de respon-

sabilité et que c'est le malade, ou les parents de celui-ci chez lesquels l'aide est détaché, qui doivent répondre de la faute de ce dernier?

Nous ne pensons pas que cette thèse puisse recevoir la consécration des tribunaux. Ceux-ci, en effet, déclarent :

« La responsabilité ne se déplace que si, au moment « de l'accident, le préposé se trouve soumis, en vertu de « la convention ou de la loi, à l'autorité ou à la direction « de ce commettant. » (Cass., 15 juin 1926, *D. H.*, 1926, 404. — 8 mars 1922, *D.*, 1925-1-134. — 13 févr. 1924, *D. H.*, 1924-201.)

Or, dans le cas que nous étudions, l'aide reste sous la direction médicale du praticien. L'aide serait assimilé au chauffeur d'une société d'automobile mis à la disposition d'une autre société avec une voiture destinée à cette dernière. Dans ce cas, le chauffeur, déclara la Cour de Cassation (21 oct. 1926, *D. H.*, 1926, 498), reste sous la dépendance de la première société.

La question est toute autre si l'aide du praticien a été engagé par la famille. La responsabilité est analogue à celle encourue par le médecin d'hôpital relativement aux élèves engagés par la commission administrative de cet établissement. Si la faute commise par l'aide a eu pour origine l'application scrupuleuse des instructions du médecin, quelque soit le véritable commettant, ce sera le praticien qui sera responsable. La responsabilité de ce dernier sera encore engagée s'il a fait faire à son aide un travail hors de proportion avec ce que, normalement, il pouvait en attendre. Il y a dans ce cas une imputation de responsabilité, une présomption de non surveillance. Il y a là une faute personnelle.

Comme nous l'avons étudié, le rôle du praticien doit être double : il doit donner des ordres et doit s'assurer

également de la bonne exécution de ces derniers pour prévenir le véritable commettant si l'aide mis à sa disposition se révèle professionnellement insuffisant. Le médecin commettrait une faute personnelle (art. 1382) s'il n'obéissait pas à ces deux prescriptions. Là doit se borner son rôle. Il n'a pas directement de pouvoirs vis-à-vis de l'aide, qu'il n'a pas engagé, il n'y a pas de responsabilité, article 1384, ce qui est important au point de vue de la preuve à administrer.

Le Tribunal de Lyon (16 juin 1926) avait cependant jugé que, dans tous les cas, le praticien était responsable de la faute commise par une infirmière au cours d'une opération. Il déclarait qu'au cours de celle-ci, tous les aides du médecin étaient ses préposés. La Cour d'Appel de Lyon (18 mars 1927; *Index Médical*, mai 1927) cassa le dit jugement avec les attendus suivants :

« Attendu que lorsqu'un chirurgien opère un malade
« dans un hôpital ou une clinique, les infirmiers ou infir-
« mières qui l'assistent ou qui ont été mis à sa disposi-
« tion par l'établissement sont momentanément placés
« sous sa direction et doivent obéir à ses ordres ;

« Attendu cependant que nul ne soutiendra que ces
« aides sont ses préposés ;

« Attendu qu'il n'est responsable que des ordres pré-
« cis et particuliers qu'il leur a donnés ;

« Qu'il ne saurait être recherché à l'occasion des
« fautes qu'ils ont pu commettre lorsqu'ils ont agi de
« leur propre initiative ;

« Attendu qu'il en est absolument de même lorsque le
« médecin opère au domicile du malade et que l'infir-
« mière lui a été fournie par la famille ;

« Attendu que le fait d'être placé durant une opéra-
« tion sous les ordres d'un praticien n'est pas suffisant à

« lui seul pour permettre de décider qu'un infirmier est
« le préposé du praticien... »

Cet arrêt tranche donc la question en principe, mais, en fait, une difficulté peut se présenter.

La famille d'un malade va trouver un médecin et lui demande de lui procurer un garde-malade. Le praticien donne une adresse.

Dans ce cas, celui-ci est responsable de l'erreur commise par le garde ainsi choisi ?

Les tribunaux tranchent cette difficulté suivant des cas d'espèces.

Ils ont décidé à plusieurs reprises que le seul fait, par le praticien, d'indiquer le nom d'une infirmière, d'un garde-malade, préposés qui étaient engagés directement par la famille, ne faisait pas naître entre le praticien et l'aide ainsi engagé un rapport de commettant à préposé.

Si l'homme de l'art s'est contenté de donner, à titre indicatif, le nom ou l'adresse d'un aide quelconque, il ne l'a pas choisi lui-même, il ne l'a ni engagé ni imposé. Il a donné une simple indication. C'est la famille qui a débattu, la plupart du temps en dehors et à l'insu du praticien, les conditions du contrat de louage de services, et ce n'est que lorsque ces conditions sont acceptées de part et d'autre, entre famille et aide, que ce dernier entre en fonctions.

Le malade, ou sa famille, est libre d'accepter ou de refuser les services de l'aide; de même qu'ils sont libres de le congédier, s'ils s'aperçoivent qu'il ne répond pas à ce qu'ils croient devoir en attendre.

Cependant, étendant l'idée de surveillance que le praticien doit exercer, quelques tribunaux ont voulu poser en fait la responsabilité illimitée du médecin.

Le Tribunal Correctionnel de Nîmes avait déclaré :

« Attendu que le médecin traitant, alors même qu'il
« n'aurait pas choisi l'infirmière placée auprès de ses
« malades, peut être responsable des fautes commises
« par celle-ci dans des circonstances révélant de la part
« de ce médecin un manque de surveillance, que moins
« un docteur connaît une infirmière, plus il doit la sur-
« veiller... » (Nîmes, 8 déc. 1920. *Concours Médical*,
9 févr. 1921. — *Contra* : Paris, 4 mars 1898. *S.* 1899-
2-90. — Bordeaux, 11 juil. 1916. *Concours Médical*,
1917, p.43. — Trib. civ. Dunkerque, 14 juin 1923. —
Douai, 23 juin 1924. *Concours Médical*, 1924, p. 1787.)

Le docteur Bellencontre, président de l'Association des
Médecins de France, faisait remarquer au cours du pro-
cès de Nîmes :

« Une telle extension de la responsabilité du médecin
« doit conduire à des conséquences absurdes et funestes,
« car aucun membre du corps médical ne se soucierait
« d'accepter la collaboration d'auxiliaires pourtant
« indispensables. »

La Cour d'Appel d'Orléans (17 février 1926), confir-
mant un jugement du Tribunal civil de Pithiviers, l'a
bien compris et précisa les limites de la responsabilité
encourue par le praticien du fait de ses aides en clien-
tèle, et elle déclara :

« Attendu qu'il serait excessif d'obliger un médecin
« à assister en personne à un traitement d'usage cou-
« rant, qu'une telle obligation aurait pour résultat de
« rendre impossible l'exercice de la médecine... »

De tout ceci, nous pouvons conclure que la respon-
sabilité du praticien, vis-à-vis du personnel qu'il
emploie en clientèle, est une question de fait que les
tribunaux ont à résoudre.

CHAPITRE III

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN VIS-A-VIS DE SES AIDES EN MATIÈRE D'ACCIDENTS DU TRAVAIL

Le principe de la responsabilité du patron envers ses employés et salariés est fixé par la loi du 9 avril 1898.

Abandonnant toute idée de faute, cette législation a établi des règles spéciales régissant les rapports du patron et du salarié en cas d'accident et a posé le principe d'une responsabilité quasi illimitée quant à son fondement, en même temps qu'un forfait quant à ses conséquences (1).

En ce qui touche les rapports du médecin avec les employés de sa clinique ou ses collaborateurs en général,

(1) Il faut mettre à part les cas où les tribunaux déclarent que le médecin est responsable même vis-à-vis de son personnel en cas de faute lourde.

« Le directeur d'un sanatorium qui emploie une infirmière à l'application des rayons X sans qu'aucune précaution n'ait été prise pour rendre ce service sans danger, commet une faute lourde...

« Lorsque cette infirmière a contracté ainsi une maladie ou infirmité l'empêchant pour l'avenir de trouver du travail, il lui est dû des dommages-intérêts, conformément aux articles 1382 et suiv. du C. Civ., et non pas une indemnité en vertu de la loi du 9 avril 1898. » (Douai, 13 octobre 1913, *D.*, 1915-2-47.)

la question se présente sous la forme suivante : Y a-t-il responsabilité de droit commun, ou responsabilité forfaitaire de la législation sur les accidents du travail?

§ 1 — GÉNÉRALITÉS

La loi fondamentale du 9 avril 1898 a posé en principe que seuls ressortissaient de cette législation les employés et ouvriers de l'industrie du bâtiment, des usines, manufactures, etc.

Le texte est limitatif. Lorsqu'il s'est agi d'en faire bénéficier des catégories d'ouvriers non prévues dans la loi initiale, il fallut que le Parlement légifère de nouveau. Citons les lois du 12 avril 1906 étendant la législation du 9 avril 1898 aux exploitations commerciales, du 13 décembre 1912, du 15 juillet 1914 sur les exploitations forestières, la loi du 15 décembre 1922 pour les ouvriers des exploitations agricoles, enfin celle du 2 août 1923 sur les gens de maisons et serviteurs à gages.

L'employé du médecin, pas plus que ceux des professions libérales ne sont garantis par ces lois.

Le praticien n'est pas un commerçant, la loi de 1906 ne joue pas. Seuls ses serviteurs à gages sont assujettis par la loi du 2 août 1923. Son chauffeur, sa bonne sont donc ressortissants de la législation sur les accidents du travail. Son aide, son infirmier ou infirmière, n'étant pas des serviteurs attachés à sa personne même, ne peuvent, en cas d'accident, relever que du seul droit commun. Ils auront à prouver la faute de leur employeur, faute réelle (art. 1382) ou faute présumée (art. 1384 et suiv.).

La situation n'est pas la même, en ce qui concerne le personnel d'un établissement hospitalier. La nature

juridique de ce dernier intervient et nous devons étudier successivement :

1° La responsabilité encourue par un établissement privé commercial.

2° La responsabilité encourue par un hôpital, œuvre philanthropique, établissement public d'assistance.

La question, qui semble se résumer au caractère commercial ou non, de l'entreprise, comporte néanmoins une distinction préalable. Pour que la loi sur les accidents du travail s'applique, il ne faut pas seulement que la profession soit visée par le texte législatif, il faut encore qu'il y ait un contrat de travail.

§ 2 — LE CONTRAT DE TRAVAIL

Un arrêt de la Cour de Dijon du 19 février 1929 (*Rec. Dijon*, 1929, n° 38) déclarait : « Pour décider si la vic-
« time d'un accident a le droit d'invoquer ou non les
« principes du risque professionnel, on ne saurait voir
« un criterium dans les éléments suivants : mode de
« rémunération du travail, but spéculatif ou non pour-
« suivi par le travailleur, condition sociale des parties.
« Le bénéfice du risque professionnel résultera de la
« seule existence d'un contrat de louage de services se
« caractérisant par un lien de dépendance et de subor-
« dination entre le travailleur et le maître, lien qui naît
« non pas du fait que le second donnerait ou non effec-
« tivement au premier des ordres ou des instructions,
« mais du droit qu'il a de les lui donner. Il y a donc lieu
« de faire bénéficier des dispositions de la législation
« du travail la victime d'un accident qui établit qu'en
« fait, ce lien de subordination était à la base du contrat

« qui l'unissait à la personne pour le compte de laquelle
« il travaillait. »

Le médecin loue-t-il ses services et, si oui, peut-il bénéficier de la législation sur les accidents du travail? La question s'est posée pour un médecin qui s'engage moyennant rétribution à forfait à soigner les malades et blessés d'une usine, d'une mine, à soigner ou à contrevisiter des blessés du travail pour le compte d'une assurance, à traiter des blessés au profit d'un tiers non médecin propriétaire commercial d'une clinique.

Il semble qu'il y ait là un véritable salariat médical, le praticien louant tout ou partie de son temps à une entreprise industrielle, à la représentation d'un médicament, voire, comme le déclare le docteur Paul Boudin (*Concours Médical*) à couvrir de son diplôme des pratiques d'exercice illégal (empiriques, magnétiseur, marchands de ceintures électriques ou d'appareils de massages).

La jurisprudence a souvent reconnu à de tels contrats le caractère de louage de services (Cass., 12 août 1839. *S.* 39-1-663. — Trib. Com. Havre, 27 oct. 1896, *Rec. Havre*, 1896-1-199. — Amiens, 3 févr. 1906, *Gaz. Trib.*, 29-5-1906. — Trib. Civ. Seine, 24 mai 1921, *S.* 1924-2-57. — Trib. Com. Marseille, 11 déc. 1922, réformé par Aix, 20 févr. 1924 et confirmé par Cass., 3 mars 1926, *S.*, 1926-1-116. *D. H.*, 1926-221.) :

Illustrant ces décisions judiciaires, d'autres arrêts ou jugements sont venus accorder au médecin employé des indemnités pour brusque congédiement ou rupture de contrat. (Voir Trib. Com. Le Havre, 27 oct. 1896. *Rec. Havre*, 1896-1-199. — Trib. Com. Chauny (Aisne), 31 août 1905. *Concours Médical* 1906, 223. — Confirmé par

Amiens, 2^e Ch., 3 févr. 1906. *Gaz. Trib.*, 29 mars 1906.)
Et ceux cités page 24.

Il ne faut pas cependant généraliser l'idée de ce salariat médical, de ce louage d'ouvrage. Un élément manquera toujours : la subordination complète du médecin à son employeur. Le praticien tire de son titre le droit d'exercer la médecine en toute indépendance, et serait nul tout contrat lui imposant de soigner par tel ou tel procédé (Paris, 1^{re} Ch., 14 déc. 1922, *Gaz. Trib.*, 28, 1923).

Faisant application de ce principe, Lyon (7 déc. 1909) (1), déclara que, malgré l'existence de certains rapports entre une compagnie d'assurances et le médecin qu'elle a engagé pour diriger son dispensaire, le praticien n'est ni l'agent, ni l'employé de la compagnie.

Les tribunaux jugent souvent d'après des cas d'espèces. La Cour de Cassation, dans son arrêt du 3 mars 1926 précité, n'a pas osé juger en droit ; mais, se basant sur une question de fait, a déclaré « qu'il résulterait des constatations de l'arrêt que le médecin ne saurait être considéré comme rentrant dans la catégorie des ouvriers et employés liés par un contrat de travail ».

Le contrat, par lequel le praticien loue ses services à une autre personne qu'au malade, est en réalité un contrat d'entreprise. Moyennant un prix déterminé, le médecin assure « à un prix fait » l'exécution d'un travail déterminé.

Or, la loi de 1898 n'est pas applicable à l'entrepreneur. Elle ne l'est même pas au sous-entrepreneur, bien que Sachet déclare qu'il est souvent difficile de déter-

(1) *Gaz. Pal.*, 1909-2-687.

miner si l'on se trouve en présence d'un contrat de louage d'ouvrage ou d'entreprise.

Entre autres av. du Com. Consult. des Assur. contre les Accidents du Travail, 30 janv. 1901. *D. P.*, 1901-4-83. — Civ., 6 août 1902. *D. P.*, 1902-1-579. — Toulouse, 11 juin 1903. *D. P.*, 1904-2-172. — Requêtes, 16 juil. 1914. *D. P.*, 1917-1-1.

Selon qu'on admette l'une ou l'autre de ces thèses, le médecin doit rentrer ou non dans la catégorie des bénéficiaires de la législation sur les accidents du travail.

Nous verrons plus loin comment se résoud la question en pratique.

§ 3 — CARACTÈRE COMMERCIAL OU NON

DE L'ÉTABLISSEMENT DE SOINS

Le critérium de la commercialité d'une entreprise de soins résiderait dans le fait de fournir aux clients de cet établissement autre chose que des soins médicaux, et en tirant bénéfice et profit.

Avant 1923, la clinique, tenue par un médecin et dans laquelle la fourniture de nourriture, logement, etc., n'était qu'annexée aux soins médicaux proprement dits, n'était pas considérée par les tribunaux comme commerciale, mais un arrêt de la Cour de Cassation (12 nov. 1923 (2) a modifié complètement cette façon de voir :
« Les maisons de santé et cliniques, même tenues par un
« médecin qui procure moyennant rémunération aux
« malades, avec les soins médicaux, le logement et la

(1) *Gaz. Pal.*, 2-12-1923.

« nourriture, sont des entreprises commerciales, dès lors
« qu'elles ne constituent pas des établissements fondés
« dans des intentions purement humanitaires dont l'ex-
« ploitation ne poursuit aucun bénéfice. »

Voir également Arrêt du Conseil d'Etat, transposant la question sur le terrain fiscal (15 juin 1923, *Gaz. Pal.*, 1923-, 2-466).

La Cour de Paris (15 juin 1926, *D. H.*, 1926, 543) déclare de son côté « profession commerciale l'institut
« appliquant des remèdes à des malades dont le dia-
« gnostic a été établi par un autre médecin ».

Il résulte de l'arrêt de Cassation précité que seuls les cliniques ou hôpitaux à but charitable ne sont point considérés comme commerçants.

Le Tribunal Civil de Mayenne (5 janv. 1923, *Revue des Hôpitaux*, 31 mars 1923) déclarait : « Attendu que le
« caractère commercial et industriel d'une entreprise
« dépend uniquement du but qu'elle poursuit, que dès
« lors, un hospice qui, dans une intention charitable et
« de pure bienfaisance, à l'exclusion de toute idée de
« réalisation de bénéfice, fait procéder à un transport
« de charbon pour ses besoins habituels, n'exerce pas
« une entreprise assujettie à la loi du 9 avril 1898. »

De leur côté, la Cour d'Appel de Douai (2 mars 1926, *Gaz. Pal.*, 1926-1-765, et Cassation Req., 28 mars 1929, *Gaz. Pal.*, 27-28 juin 1928) déclarent « que les hospices
« de Béthune constituant une œuvre de bienfaisance
« fondée exclusivement dans un but charitable et
« exempt de toute idée de réalisation de bénéfices;
« qu'ils ne se livrent à aucun commerce ni à aucune
« industrie; que le travail de X... se rattachant étroi-
« tement aux besoins normaux de cet établissement, et
« que par suite il ne saurait encourir d'autre respon-

« sabilité que celle d'un simple particulier, ni industriel, ni commerçant faisant exécuter par son personnel un travail de même genre, etc.... »

Voir également l'arrêt de la Cour de Cassation Ch. Crim. (26 oct. 1928, *D. H.*, 1928, 545), déniaut le caractère commercial à une clinique privée « tirant uniquement ses ressources de subventions ou de dons ». Toutefois, il faut remarquer qu'il a été jugé dès 1911 que des hôpitaux privés qui consacraient seulement quelques lits gratuitement à des pauvres, n'acquerraient pas de ce chef le caractère d'établissement de bienfaisance (Trib. Seine, 27 juin 1911, *La Loi*, 5-7-1911).

§ 4 — RESPONSABILITÉ DES CLINIQUES COMMERCIALES

Sous réserve des dispositions relatives au caractère du contrat passé entre un médecin et une clinique, tous les employés de cette dernière relèvent de la loi sur les accidents du travail (Cass. Req., 6 juil. 1927. *D. H.*, 1927, 432).

§ 5 — RESPONSABILITÉ DES CLINIQUES ET HOPITAUX NON COMMERCIAUX

A) *L'assujettissement.*

Ici la loi de 1906 ne peut s'appliquer (Trib. Seine, 10 févr. 1908. *Rec. Sp. Ac. Trav.*, t. XI, p. 441. — Douai, 3 nov. 1913. — Angers, 14 nov. 1923. — Cass. Req., 16 déc. 1925. *D. H.*, 1926, 21. — Douai, 2 mars 1926, précité).

Cependant une discrimination pouvait être faite entre le personnel médical de l'hôpital et les employés dont le

rôle subalterne aurait pu les faire assimiler aux gens de service, « loi du 2 août 1923 ».

Pour ceux-ci, le Ministre du Travail saisit le Comité consultatif des Assurances contre les Accidents du Travail. Ce dernier donna l'avis suivant : « L'art. premier « de la loi du 2 août 1923 est ainsi conçu : Dans un délai « de six mois à compter de la promulgation de la pré- « sente loi, la législation sur les accidents du travail « résultant de la loi du 9 avril 1898 et des lois ulté- « rieures qui l'ont complétée et modifiée, notamment des « articles 2, 3 et 6 de la loi du 12 avril 1903 ainsi que les « dispositions de la loi du 30 décembre 1922, est étendue « aux domestiques, gens de maisons, serviteurs à gages, « concierges et salariés du même genre à un titre quel- « conque, attachés ou non à la personne.

« Ce texte paraît très large au point de vue de son « champ d'application à de nouveaux bénéficiaires; mais « une lecture attentive de l'énumération de ces bénéfi- « ciaires conduit à une interprétation moins extensive. « Son article premier vise bien les salariés à un titre « quelconque attachés ou non à la personne, mais il ne « vise aussi que les salariés du même genre que les « domestiques, gens de maison, serviteurs à gages et « concierges. Ceux que la loi a voulu protéger, dit « M. Paul Duquaire dans son deuxième rapport supplé- « mentaire au Sénat, du 2 mars 1923, ce sont les travail- « leurs manuels; les travailleurs intellectuels se trou- « vent donc exclus.

« L'historique parlementaire de la loi renforce cette « interprétation.

« Voici ce que disait M. Lairolle dans son second rap- « port à la Chambre du 11 mars 1923, en ajoutant pré- « cisément les mots : « du même genre » au texte pri-

« mitif de l'article premier qui ne les concernaient pas.
« Ces expressions « salariés à un titre quelconque »
« auraient pu comprendre les secrétaires, dactylo-
« graphes, etc., non attachés à une entreprise commer-
« ciale et ne courant pas en réalité de risques profes-
« sionnels. On estima que c'était aller trop loin et le
« texte fut ainsi rédigé. M. Paul Duquaire, dans son rap-
« port du 22 décembre 1929 au Sénat, en conclut : « La
« proposition ne vise donc pas certains salariés, tels que
« les secrétaires ou dactylographes par exemple. Ils
« n'ont pas vraiment de risque professionnel spécial. »

« Par ces motifs :

« Le Comité est d'avis :

« Que la loi du 2 août 1923 s'applique aux infirmiers
« et gens de service des établissements hospitaliers pu-
« blics et privés. »

Voir également les arrêts de la Cour de Douai du
3 novembre 1913 et de la Cour d'Appel d'Angers du
14 novembre 1923. *D. H.*, 1924, 54.

Avant d'étudier les conséquences de cet état de fait, il
nous faut remarquer que le personnel infirmier du méde-
cin, ou de l'établissement non commercial, peut toujours
bénéficier de la législation des accidents du travail, en
se plaçant sous l'empire de l'assujettissement volontaire,
loi du 18 juillet 1907, assujettissement réalisé par
simple déclaration à la mairie.

B) *La garantie de la loi.*

Quels sont donc les avantages que la loi de 1898 pro-
cure aux salariés du médecin?

Elle ne garantit que les accidents du travail.
La portée de ce mot est ainsi définie : « L'accident

« est une atteinte au corps humain provenant de l'action
« soudaine et violente d'une force extérieure » (MARESTAIN, *Définition des Accidents du Travail dans les différents Pays*, p. 3).

« L'accident, déclare Sachet (*op. cit.*, 6^e édition, t. I, n° 256), suppose une atteinte au corps humain. Il doit
« s'entendre de toute lésion de l'organisme apparente ou
« non, interne ou externe, profonde ou superficielle. »

La jurisprudence déclare accident du travail toute lésion dont le travail, même normal, a été la cause ou l'occasion. Elle n'exige pas que l'accident lui-même ait été fortuit ou imprévu.

Nous ne voulons point citer tous les arrêts, ni même étudier les différents accidents pour lesquels la jurisprudence a fait jouer la garantie des accidents du travail. Il faudrait un volume entier.

Nous avons vu que le salarié d'une entreprise commerciale de soins ou le salarié assujetti volontaire, bénéficie donc des prestations accordées par la loi de 1898 lorsqu'il est victime d'un accident, par le fait ou sur le lieu de son travail. Mais un autre risque le menace : la maladie.

« La maladie se distingue de l'accident par le fait que
« la maladie se manifeste toujours d'une façon soudaine
« et violente et que la maladie a une cause intérieure et
« une évolution lente et continue. » (SACHET, *op. cit.*, t. I, n° 257.)

Cependant la maladie n'a pas toujours une cause intérieure. Elle peut être la résultante directe du travail. Le législateur a consacré cette thèse en partie par la loi du 25 octobre 1919 sur les maladies d'origine professionnelle.

Mais cette loi a un caractère exceptionnel. Elle déroge

au droit commun des accidents du travail et elle n'étend le privilège attaché à l'accident du travail qu'à un certain nombre de maladies indiquées dans un tableau, et l'énumération qui y est faite est strictement limitative.

Aucune des maladies prévues ne s'applique au personnel infirmier.

C'est ainsi qu'une assistante de laboratoire, en manipulant des cultures microbiennes liquides, s'inocule et contracte une septicémie. Elle ne sera pas garantie, car cet état morbide n'est pas compris dans la nomenclature des maladies professionnelles visées par la loi, et d'autre part cette inoculation ne répond pas aux définitions de l'accident. L'assistante ne peut avoir de recours contre son patron que si elle peut prouver que la pipette était mal conditionnée. C'est une question de fait qui est laissée à l'appréciation des juges.

Cependant, si la maladie a sa source dans une plaie préexistante due au travail, la loi sur les accidents du travail pourra s'appliquer (voir Cour de Paris, 4 mai 1906).

Il faut noter également, dit Sachet, *op. cit.* « qu'une « intoxication et autres faits analogues devraient être « classés parmi les accidents s'ils révélaient un caractère soudain et violent ».

§ 6 — LES PROJETS LÉGISLATIFS
D'EXTENSION DE LA LOI DU 9 AVRIL 1898
AU PERSONNEL MÉDICAL DES HÔPITAUX

Si l'application de la loi de 1898 est discutable en ce qui concerne le personnel infirmier d'un hôpital, considéré comme établissement public de bienfaisance, à plus forte raison peut-on soutenir avec succès que le

personnel médical des hospices et hôpitaux (médecins, internes, externes, chefs de laboratoire, sages-femmes, etc., etc.) ne bénéficie pas de la législation sur les accidents du travail, pour les blessures survenues au cours du service hospitalier.

Cependant, il semble équitable que le personnel médical soit indemnisé, non seulement pour les accidents dont il est la victime dans l'hôpital, mais encore pour certaines maladies infectieuses contractées au lit du malade ou au laboratoire, en manipulant des toxiques ou des cultures microbiennes, etc. Pour remédier à cette lacune, de nombreux projets ou propositions de loi ont été déposés afin d'étendre le bénéfice de la législation des accidents du travail à tout le personnel hospitalier. Citons la proposition Clemenceau-Viviani de 1904. Desfontaine-Pascal, 3 décembre 1912. Durafour, 7 avril 1925 (qui fut adoptée par la Chambre des Députés), 21 janvier 1927.

A la suite du rapport de M. Gros, déposé au nom de la Commission d'Assurance et de Prévoyance Sociale, la Chambre des Députés adopta un projet de loi de modification et d'extension de la loi de 1898 : celui-ci est actuellement soumis au Sénat. Il est caractéristique de la volonté du Parlement d'adapter les lois sur les accidents du travail à une saine réalité et, suivant les termes du rapporteur, de « faire entrer dans la loi nouvelle une notion élargie du risque professionnel ».

L'article premier de ce projet de loi déclare que sont assujettis notamment « les travailleurs intellectuels et d'une façon plus générale tous les salariés... Est considéré comme salarié pour l'application de la présente loi, quiconque effectue pour le compte d'autrui un travail non fortuit, rétribué ou

« non rétribué, sans qu'il puisse toutefois, dans ses rapports avec son employeur, être considéré comme un « entrepreneur indépendant ».

Le projet Gros donne satisfaction sur l'extension de la garantie des lois accident du travail aux projets, qui, sans viser la refonte totale de cette législation, voulaient que son champ d'action soit élargi.

En particulier, il reprend le projet de la Confédération Générale du Travail qui portait garantie « des accidents « survenus par le fait et à l'occasion du travail aux « ouvriers, employés, apprentis, gens de service, salariés de toute nature et de tous emplois, engagés sous « quelque forme que ce soit... dans les établissements... « de quelque nature qu'ils soient, publics ou privés, « laïcs ou religieux, même s'ils ont un caractère d'enseignement professionnel ou de bien faisance ».

§ 7 — PROJETS ET RÉALISATIONS ADMINISTRATIFS

Pour novateur qu'il soit, le projet Gros est mal adapté à la profession médicale.

Nous avons vu que les maladies ne sont point comprises dans les risques garantis. C'est une lacune. Il en existe une autre.

Comme dans la loi sur les accidents du travail, l'indemnité payable au salarié, en cas d'accident, est basée sur le salaire touché. Seule la prise en charge par le patron des frais médicaux et pharmaceutiques est indépendante de la rémunération payée. Comme dans la loi de 1898, un article du projet du Gouvernement prévoit que les apprentis et ouvriers de moins de seize ans verront les indemnités, en cas de mutilation, basées non pas sur leur salaire, mais sur les salaires payés aux ouvriers

majeurs effectuant un travail analogue. Quid pour le personnel hospitalier?

De toute antiquité, le corps médical a voulu s'associer à l'œuvre altruiste et de bienfaisance des commissions administratives des hôpitaux. Gratuitement, ou moyennant des indemnités infimes, médecins, chirurgiens, spécialistes, internes, externes ont donné leur science et leur temps pour soigner les hospitalisés indigents.

Certes, pour les hôpitaux de grande ville, le titre, obtenu à la suite d'un concours difficile, donne au médecin des hôpitaux, ou à l'interne, une notoriété appréciée par la clientèle payante. Cependant, en cas d'accident du travail, le quantum de ce traitement minoré devrait-il être pris comme base pour l'attribution d'une rente? Ne conviendrait-il pas de convenir d'honoraires fictifs, mais qui serviraient pour fixer la dite indemnité en cas d'incapacité permanente ou partielle ou de mort?

Jusqu'à présent, les collaborateurs des hôpitaux n'avaient droit à aucune indemnité pour les risques professionnels qu'ils encouraient, et l'interne victime de son devoir (1) ne pouvait prétendre à aucune indemnisation. Souvent, même, lorsqu'il se faisait soigner dans l'hôpital où il avait contracté une maladie, il devait payer les soins qui lui étaient fournis.

Dès 1907, le Congrès de l'Union Nationale des Associations Générales d'Etudiants de France s'était ému de

(1) Citons entre autres : M. Marcel Girard, externe à l'hospice d'Ivry; M. Fabre, externe à Trousseau; M. Marcel Baudet, externe à Saint-Louis; M. Georges Perrochaud, interne à Bretonneau; M. Marcel Turano, interne des hôpitaux d'Alger.

la situation. Le VI^e Congrès de l'Internat émit de son côté le vœu que « la garantie du personnel hospitalier « soit cherchée ailleurs que dans les termes de la loi de 1898 ». Le XII^e Congrès de l'Union Nationale des Etudiants de France, les 15 et 20 mai 1923 (*Concours Médical*, 15 juillet 1923) reprit l'étude de la question et vota l'ordre du jour dont nous extrayons les passages suivants : « Fait confiance à M. le Ministre de l'Hygiène « pour que soit adopté rapidement le principe de l'assurance contre les risques professionnels du corps médical des hôpitaux (externes, internes, médecins, chirurgiens, chefs de laboratoire, etc.); que l'on oblige d'autre part les commissions des hospices à assurer contre tous les risques de contamination dues à des maladies contagieuses, blessures ou inoculations, liés à l'accomplissement de leurs obligations professionnelles, leurs internes et externes, et à allouer à leur famille, en cas de décès, une indemnité convenable. »

Ces justes revendications furent soumises par le le Ministère de l'Hygiène, de l'Assistance et de la Prévoyance, au Conseil Supérieur de l'Assistance Publique, qui chargea le docteur Paul Boudin de les étudier :

Ce dernier, dans son rapport, pose le problème au point de vue juridique et définit ainsi le contrat unissant le personnel supérieur des hôpitaux et ces dits établissements : « Les internes, externes, médecins des « hôpitaux, qu'ils soient nommés après ou sans concours, ne sont que des employés supérieurs, liés à la « Commission administrative par un contrat unilatéral « ou plus exactement par un contrat d'adhésion de « louage de services ou contrat d'entreprise, ou contrat « innomé et que le personnel médical, bien que complètement indépendant au point de vue scientifique, est

« dans une condition de dépendance au point de vue
« administratif et disciplinaire.

« Cependant, en tant qu'employé, le corps médical
« ne peut bénéficier des lois du 9 avril 1898 et du
« 31 mars 1905, car il est de jurisprudence constante
« que les hôpitaux sont des établissements publics et
« non des entreprises commerciales. »

Le rapporteur concluait qu'il était souhaitable :

« 1° Qu'une loi assujettisse le personnel hospitalier à
« la loi de 1898, et avant le vote de cette loi, ce qui pou-
« vait demander un certain temps, que l'on modifie l'ar-
« ticle 2 du règlement modèle du 30 juin 1921, et que
« l'Assistance Publique garantisse les frais médicaux,
« pharmaceutiques et d'hospitalisation en cas de ma-
« ladie ou d'accident survenus à l'occasion de leur fonc-
« tion hospitalière, au personnel des hôpitaux.

« 2° Qu'il fallait pousser l'étude d'une mutualité inter-
« hospitalière; qu'il était souhaitable, en outre, que le
« personnel hospitalier, en vertu de la loi du 18 juillet
« 1907, s'assujettisse volontairement aux lois sur les
« accidents du travail. »

C'est ce rapport qui donna lieu au projet de loi Dura-
four du 7 avril 1925 (*J. O.*, 14 août 1925).

Sur rapport du docteur Fié, la Chambre des Députés,
dans sa séance du 21 janvier 1927 (*J. O.*, 22 janv. 1927),
adopta purement et simplement ce projet qui fut ren-
voyé au Sénat.

Le rapport de M. Dudouyt, publié en annexe du
procès-verbal de la séance du 21 décembre 1927, le
modifia dans les termes suivants :

« Article 2. — Donneront lieu aux mêmes réparations
« que les accidents du travail : 1° Toute maladie conta-
« gieuse contractée par le fait ou à l'occasion du service

« dans un établissement ou des soins sont donnés à un
« malade atteint de cette affection.

« 2° Toute maladie professionnelle résultant de l'em-
« ploi d'appareils ou de substances en usage dans les
« établissements visés par la présente loi. La liste des
« maladies professionnelles sera arrêtée par un règle-
« ment d'administration publique pris, après avis de la
« commission instituée à l'article 4 ci-après. »

Il était précisé également que le salaire servant de base aux indemnités serait déterminé par le Ministre, après consultation d'une commission spécialement désignée.

Ce projet, dont les grandes lignes donnaient satisfaction au corps médical, fut soumis par le Ministre du Travail au Conseil Supérieur de l'Assistance publique. Le docteur Paul Boudin fut chargé d'un nouveau rapport qu'adopta cette haute assemblée (29 janv. 1929. *Concours Médical* 1929, 1709).

Depuis, le projet de loi est toujours pendant devant le Sénat.

Les administrations des hôpitaux n'attendirent pas que le législateur eût réglementé la situation du corps hospitalier pour modifier le statut de leur personnel.

Le docteur Louis Mourier, directeur général de l'Assistance publique de Paris, prit deux arrêtés en date des 12 août 1926 et 31 juillet 1928 étendant, dans une certaine mesure, la législation des accidents du travail au corps médico-chirurgical des hôpitaux, non seulement pour les accidents corporels survenus à l'occasion du service, mais encore pour les maladies contagieuses contractées au lit du malade.

L'article 323 du règlement de l'administration de l'Assistance publique de Paris précise que, sont considérées

comme imputables au service « toute blessure externe, « toute lésion chirurgicale ou médicale, ou troubles nerveux ou psychique qui résulteront de l'action soudaine et violente d'une force extérieure intervenant « pendant ou à l'occasion des fonctions ou déterminées « par un effort dans les mêmes circonstances.

« b) Les maladies suivantes se déclarant soit pendant « la durée des fonctions, soit pendant la période d'incubation, à compter du moment où les fonctions auront « cessé...

c) Toute maladie résultant notoirement de l'exercice « *des fonctions.* »

Le règlement prévoit la gratuité des soins dans un établissement dépendant de l'administration et le paiement d'indemnités pendant la durée de la maladie et de la convalescence, sauf pendant la durée du séjour gratuit dans un établissement de l'administration.

Les arrêtés du directeur général précisaient que les dispositions précédentes s'appliquaient aux médecins, chirurgiens, etc., à leurs aides et remplaçants régulièrement agréés. Il s'applique aussi aux pharmaciens, aides et remplaçants, ainsi qu'aux sages-femmes.

Les hôpitaux de province ont suivi le mouvement, et une caisse mutuelle interhospitalière fut créée à Lyon (statuts adoptés par l'assemblée extraordinaire du 1^{er} mars 1930).

Elle a pour but de garantir, outre les indemnités prévues par la loi de 1898, des indemnités forfaitaires aux élèves internes et externes.

Les maladies sont garanties au même titre que les accidents.

Ceux-ci se divisent en blessures qui ne soulèvent pas de difficultés, en maladies garanties complètement (pré-

somption entière d'imputabilité), et en maladies pour lesquelles des prestations sont réduites de moitié, l'imputation de responsabilité n'étant pas complète.

Une commission est chargée de déterminer cette imputabilité et d'évaluer l'incapacité permanente de travail, si cette dernière vient à se produire.

Une rente forfaitaire est prévue dans ce dernier cas.

CONCLUSION

Il résulte de la formation de la mutuelle interhospitalière et des règlements pris par les directeurs et les commissions administratives des hôpitaux, que le texte de loi pendant devant le Sénat ne fera que consacrer une situation de fait.

Il était juste que les praticiens, représentant l'élite médicale de France, ainsi que les étudiants qui en sont l'avenir, soient protégés contre les accidents du travail, contre les risques professionnels qu'ils encourent quotidiennement.

TITRE II

Nous avons montré au début de ce travail que l'exercice d'une profession occasionnait des risques, ce qui pouvait amener à paralyser l'activité et l'initiative du travailleur. Nous venons, dans le livre précédent, d'étudier ce risque en ce qui touche la profession médicale. Plus que tout autre, le médecin doit pouvoir accomplir sa tâche en toute quiétude d'esprit. Plus qu'un ressortissant de tout autre profession, le praticien doit pouvoir, dans les cas graves, prendre en son âme et conscience toutes les dispositions que la science lui suggère pour soulager ou guérir le patient.

L'assurance viendra lui permettre d'accomplir son œuvre en toute tranquillité d'esprit. Elle sera le régulateur du risque. Le praticien n'aura plus à redouter la malchance.

Si l'on pouvait établir une hiérarchie dans les contrats d'assurance, ceux garantissant la responsabilité civile pourraient sans conteste être considérés comme les plus utiles.

En souscrivant les assurances dont l'objet est la conservation de son propre patrimoine, assurance que M. Hémard qualifie d'assurance « BESOIN », on peut évaluer l'étendue du risque que l'on assure. Au contraire, celui de la responsabilité civile, dont l'assurance est qualifiée par l'éminent professeur d'« ASSURANCE SÉCURITÉ », n'a pas de limites, tout au moins théoriquement.

Que l'organisme assureur soit une société commerciale ou un groupement mutualiste, l'essence de l'assurance responsabilité est la même.

Nous l'étudierons dans les chapitres suivants.

Les deux premiers de ceux-ci seront consacrés au caractère du contrat.

Nous avons laissé en dehors de cette étude tout ce qui n'est pas spécial à la police responsabilité civile, négligeant par exemple les cas de déchéance pour non paiement des cotisations, déchéances qui sont de droit commun en matière d'assurance et que la loi du 13 juillet 1930 a d'ailleurs réglementé dans ses articles 15 et 16 — les formes du contrat, sa preuve, etc.

Le chapitre III est consacré à l'assurance de la faute des personnes dont on doit répondre.

Le chapitre IV est consacré à l'assurance de la responsabilité du médecin vis-à-vis de son personnel.

Enfin, dans un chapitre V, nous avons étudié l'assurance de la responsabilité civile par les organismes professionnels médicaux.

CHAPITRE PREMIER

DE L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

§ 1 — CARACTÈRES DU CONTRAT D'ASSURANCE RESPONSABILITÉ CIVILE

MM. Collin et Capitant, dans leurs cours élémentaires de Droit civil français (t. II, p. 617) définissent ainsi l'objet de l'assurance responsabilité : « L'assurance de
« responsabilité a pour objet de garantir l'assuré contre
« les réclamations pécuniaires des tiers à l'égard des-
« quels sa responsabilité est engagée à raison d'un fait
« dommageable déterminé. »

M. Dupuich, dans son rapport sur le Contrat d'assurance (titre V, art. 81) déclare :

« Que l'assurance de responsabilité est le contrat par
« lequel l'assureur s'oblige à garantir l'assuré contre les
« réclamations pécuniaires des tiers aux regards des-
« quels la responsabilité de cet assuré se trouve engagée,
« à raison d'un fait dommageable prévu par le dit
contrat. »

Nous voyons que ces deux définitions sont relativement similaires (1). Nous retrouvons en jurisprudence

(1) Sauf une divergence quant à l'étendue de la garantie. Nous étudierons ce point plus loin.

les mêmes principes. La Cour de Cassation (Ch. civ., 30 oct. 1906, *D.*, 1908-1-265) déclare :

« L'assurance de responsabilité a pour seul objet
« d'obliger l'assureur à indemniser l'assuré des consé-
« quences de l'action en responsabilité que des tiers
« pourraient exercer contre celui-ci à raison d'un des
« événements prévus dans le contrat. »

Les caractères que l'on attribue généralement au contrat d'assurance seraient les suivants : Ce serait un contrat : *aléatoire*, *synallagmatique*, un *contrat d'adhésion*, un *contrat de bonne foi*, un *contrat intuitu personæ*, enfin un *contrat commercial*.

Caractère aléatoire.

Le contrat d'assurance responsabilité est éminemment un contrat *aléatoire* : « La prestation due par l'une des parties dépend d'un événement incertain, qui rend impossible cette évaluation jusqu'à sa réalisation. » (Planiol, t. III, p. 333.) (Art. 1104 du Code civil : « Un contrat est aléatoire lorsque l'équivalent consiste dans la chance de gain ou de perte pour chacune des parties d'après un événement incertain ».)

Il est bien évident que le fait pour l'assurance de se substituer à l'assuré au moment d'un sinistre dépend de cet événement incertain qu'est la réalisation de ce sinistre.

Caractère synallagmatique.

Le contrat est synallagmatique (art. 1102 Code civil) puisque les contractants s'obligent réciproquement les uns envers les autres, l'un s'obligeant à payer une prime, l'autre s'obligeant à prendre la défense de son assuré en cas de réalisation du risque et conformément au contrat.

Contrat d'adhésion.

Cadère (*op. cit.*) déclare que le contrat d'assurance

responsabilité civile est un contrat *d'adhésion*. Nous ne pouvons le suivre sur ce terrain :

« Le contrat d'adhésion est un contrat dont les conditions sont édictées par une partie à l'autre, sans que celle-ci ait le pouvoir de les discuter. Elle doit se borner à les accepter ou à les rejeter par oui ou par non. » (SALEILLES, *Déclaration de la Volonté*, art. 133, n° 89.)

Cette définition ne s'applique plus très bien à la réalité du contrat d'assurance.

Certes, en principe, les compagnies d'assurances imposent bien la signature de conditions générales imprimées à l'avance, mais la partie prenante, l'assuré, peut souvent imposer, de son côté, à la compagnie d'assurance les clauses qu'il désire voir insérer dans son contrat.

Compagnies d'assurances et assurés peuvent discuter ensemble et de ce fait le contrat ainsi réalisé perd son caractère de contrat d'adhésion.

Rares sont maintenant les personnes qui passent directement aux guichets des compagnies d'assurances, souscrire des contrats qui resteraient alors des contrats d'adhésion. Dans les grandes villes, tout au moins, l'usage s'est répandu de s'adresser à des assureurs-conseils, qui peuvent représenter utilement l'assuré en faisant jouer la concurrence entre les compagnies et défendre ainsi les intérêts qui leur sont confiés.

Les contrats d'assurance incendie dans lesquels l'assuré ou son conseil ont inséré plus de deux pages de conditions particulières ne sont pas rares, et si ces conditions particulières, fréquemment, ne font que reproduire les conditions générales du contrat, il n'en est pas moins vrai que les compagnies peuvent déroger, dans un but de concurrence, à certaines clauses de leurs condi-

tions générales, pourtant qualifiées ordinairement d'essentielles.

Le contrat d'assurance est un contrat de bonne foi.

Cette affirmation, souvent répétée, n'est pas cependant admise par tous les tribunaux. Certains d'entre eux ont déclaré que les stipulations contenues dans la police doivent être interprétées strictement (Paris, 24 avril 1885, *J. des Ass.*, 1885, 297).

Si la sincérité doit servir de base au contrat, la Cour de Cassation a déclaré que la bonne foi importe peu, si la réticence volontaire a diminué l'opinion du risque et a induit l'assureur en erreur (Cass., 29 avril 1889. *G. d. T.*, 6-7 mai 1889). Cependant, la Cour de Cassation laisse latitude aux tribunaux de rechercher la commune intention des parties (Cass., 23 mai 1881. *S.*, 1883, 1-247).

L'assurance responsabilité civile serait, d'après certains auteurs, *un contrat « intuitu persone »*.

En effet, dans une matière comme celle de l'assurance, le risque, en principe, dépend essentiellement de la personne assurée.

Il est bien évident que si l'on considère deux personnes de même profession, l'élément moral et physique intervient pour les différencier.

Un médecin atteint de tremblements nerveux présente, au cours d'une opération, beaucoup plus de risques qu'un praticien à la main sûre. Un chirurgien, qui veut avant tout opérer vite et beaucoup, un médecin qui veut avoir le plus grand nombre possible de malades, comme les praticiens cités par le docteur Lieck (*Des Méfaits des Assurances Sociales*), sont plus dangereux que le docteur exerçant consciencieusement son art.

Ceci n'est pas spécial à l'assurance de responsabilité civile médicale, mais est vrai pour toutes les assurances de responsabilité. L'assurance de la responsabilité civile des automobilistes nous offre des exemples encore plus remarquables (1).

Cette théorie est à la base de l'assurance doctrinale. Jusqu'à quel point est-elle vraie en fait?

En pratique, pour l'assurance de la responsabilité, les compagnies ne tiennent pas compte de l'élément subjectif.

La majeure partie d'entre elles imposent par exemple au souscripteur d'un contrat responsabilité civile automobile, l'obligation de faire continuer l'assurance par l'acquéreur de leur voiture, s'ils la vendent.

En matière de responsabilité civile médicale, les assureurs, généralement, n'imposent pas préalablement de questionnaire détaillé (comme en matière d'assurance individuelle contre les accidents), il y a simplement signature d'un contrat.

On peut donc dire que les polices « responsabilité médicale », émises par les sociétés commerciales, ne présentent pas trace d'un élément subjectif.

§ 2 — ÉTUDE DU CONTRAT RESPONSABILITÉ CIVILE

Étudions d'abord un contrat type de société d'assurance à prime fixe.

(1) Un certain nombre de compagnies garantissant la responsabilité civile des automobilistes imposent à l'assuré de remplir un questionnaire détaillé sur le « curriculum vita » de l'automobiliste : nombre d'accidents durant les deux dernières années, état de santé, existence d'infirmité, état de la vue, etc.

Presque toutes les sociétés appliquent le même tarif. Pour un praticien de médecine générale, pour un chirurgien, pour un dentiste, la cotisation est généralement la suivante (1) :

« ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE
« DES MÉDECINS, CHIRURGIENS, DENTISTES

« Par cette assurance, la Compagnie garantit la responsabilité civile des médecins, chirurgiens, dentistes, à raison des accidents causés aux tierces personnes par suite d'erreurs dans les prescriptions ou applications thérapeutiques ou au cours des opérations chirurgicales ou d'un traitement.

Montant de la garantie	Prime annuelle
10.000 francs.....	22 francs
20.000 » 	27 »
30.000 » 	32 »
40.000 » 	35 »
50.000 » 	38 »
100.000 » 	60 »
Pour chaque <i>assistant</i> ou <i>aide</i> , <i>surprime</i> de....	35 %
Pour les <i>sages-femmes</i> , <i>masseurs</i> , <i>gardes-malades</i> , <i>surprime</i> de.....	15 %
Pour la pratique de la radiothérapie, de la fulguration électrique ou de la radium-thérapie, <i>surprime</i> de.....	50 %
(Tarifs de « Rhin et Moselle ».)	

(1) Ces cotisations peuvent varier avec chaque cas.

Les conditions générales d'un contrat responsabilité civile ont généralement leur article premier ainsi conçu :

« La Compagnie garantit le souscripteur contre les
« conséquences pécuniaires de la responsabilité civile
« qui pourraient, dans l'exercice de la profession indi-
« quée d'autre part, lui incomber à raison des lésions
« corporelles causées au malade par suite d'erreurs ou
« fautes professionnelles, provenant de son fait per-
« sonnel, commises soit dans les diagnostics, prescrip-
« tions ou applications thérapeutiques, soit au cours de
« traitements ou d'opérations chirurgicales. »

Etudions ce qu'englobe cet article et examinons si tous les cas où la responsabilité du médecin peut être mise en cause rentrent dans le cadre de la garantie prévue.

A) *Le cadre de la garantie.*

Éliminons d'abord les cas où le médecin est responsable en vertu des personnes dont il doit répondre, nous les examinerons dans un chapitre suivant : s'il n'y a dérogation aux conditions générales moyennant surprime, la Compagnie ne garantit que les conséquences des actes personnels du praticien.

*
**

La Compagnie ne garantit que les lésions corporelles.

Si, au cours d'un traitement, le médecin, par mégarde, détériore les effets de son patient par projection d'acide, par exemple, la Compagnie n'en prend pas la charge. Les raisons de cette exclusion sont assez faciles à comprendre : de tels incidents peuvent se présenter fréquemment, le paiement de ces frais, si minimes qu'ils soient, finiraient par absorber rapidement la totalité de

la prime, et lors d'un accident important, la Compagnie serait « à découvert » pour en régler le montant.

L'exclusion des détériorations aux objets n'est pas de l'essence même du contrat responsabilité civile.

Aucun principe d'assurance ne s'oppose à ce que les dégâts matériels soient garantis (1). Moyennant un supplément de cotisation, une Compagnie pourrait prendre en charge ce risque. Mais nous pensons que cette garantie n'a qu'une importance relative. Ce qu'un médecin désire surtout, c'est s'assurer contre les lourdes charges entraînées par des accidents graves.

**

« La Compagnie répond des erreurs ou fautes professionnelles provenant du fait personnel du médecin. »

Contre quelles fautes peut-on se garantir par un contrat d'assurance?

On a soutenu qu'assurer les conséquences de ses fautes était immoral et contraire à l'ordre public. Or, parmi les fautes, il est d'usage de distinguer entre la faute légère et la faute lourde. Ces dernières peuvent elles-mêmes être divisées en fautes lourdes, équivalentes au dol, et fautes lourdes qui, sans contenir un élément intentionnel, supposent au moins une incurie du coupable.

M. de Courcy (*Question de Droit Maritime*, série 2, chap. 2) déclare :

« L'assuré doit, sous peine de commettre une faute grave, continuer à vivre après l'assurance comme s'il n'était pas assuré. Si ses soins pour la conservation de la chose, si sa diligence à prévenir les accidents, si

(1) Pour d'autres professions les Compagnies couvrent les dégâts matériels.

« sa surveillance sur ses employés se ralentit... la faute
« est lourde, il manque à l'honnêteté. »

Labbe (note sous Cass., 2 juin 1886. *S.*, 87-1-370) est du même avis.

M. le Conseiller Babinet (sous Cass., 18 avril 1882. *S.*, 82-1-245) déclarait que « les assurances ne pouvaient
« garantir que les fautes légères et si, pour exonérer
« l'assureur, il faut que la faute que la faute de l'assuré
« soit lourde, il n'est pas nécessaire qu'elle soit inten-
« tionnelle ».

La jurisprudence a souvent hésité à déclarer valable l'assurance de sa propre faute.

La Cour de Cassation a même posé le principe que la responsabilité des sinistres qui seraient dus à une faute lourde de l'assuré ne saurait incomber à l'assureur, même en vertu d'une clause expresse de la police (Req. 15-3-1876. *D. P.*, 76-1-449).

Il est admis à présent que « si l'on peut valablement
« stipuler dans un contrat d'assurances la garantie des
« conséquences dommageables de ses fautes person-
« nelles ou des fautes de ses préposés, c'est à la condi-
« tion essentielle qu'il ne s'agisse ni de dol, ni de faute
« lourde équivalente au dol, ni à plus forte raison de
« faute intentionnelle et de responsabilité pénale, même
« si elle ne devait donner lieu qu'à l'application d'une
« peine purement pécuniaire telle que l'amende » (Bordeaux, 28 juin 1920. *S.*, 1921-2-1, note Hugueney).

Les tribunaux avaient déclaré par ailleurs que « la
« garantie de cette responsabilité ne peut s'étendre jus-
« qu'à la garantie de cette faute, jusqu'à cette négli-
« gence excessive, ce défaut absolu de surveillance ou
« cette imprudence grave dont les propriétaires, quoique
« assurés, ne se rendent pas coupables, parce que de

« telles négligences ou imprudences constituent une
« faute lourde, qu'il ne peut être dans la pensée des
« assureurs de garantir » (Paris, 24-8-1850. *D. P.*, 51-2-139).

M. Sumien (*op. cit.*, 2^e édit., p. 45) déclare « que c'est
« une barrière que la jurisprudence maintient très
« ferme encore : elle considère que l'ordre public s'im-
« pose à l'insertion d'une pareille clause dans un contrat
« d'assurances ».

Voir : Civ., 15 mars 1876. *D.*, 1876-1-449. *S.*, 1876, 1-337, note Labbé. — Voir Civ., 29 janv. 1918. *D. P.*, 1918-1-9. Bordeaux, 28 juin 1920, *S.*, 1921-2-1.

A consulter : SAINCTELETTE : *De la Responsabilité et de la Garantie*, p. 244.

Cependant, on voit de plus en plus les Compagnies d'assurances, par mesure de concurrence, garantir toutes les fautes, même les fautes lourdes, sauf les fautes intentionnelles.

Cette règle est condensée dans certains contrats par la formule qui y est insérée : « Toute faute ou tout délit
« seront garantis, sauf ceux qualifiés de crimes par la
« loi ».

Erreur dans le diagnostic, omission de contrôler un diagnostic imprécis par les ressources que la science offre au praticien, erreur dans le traitement d'un malade, erreur dans les soins prescrits, erreurs dans l'application de ces soins, tous ces faits se trouvent automatiquement assurés sous la réserve qui va de soi et que nous retrouverons tout à l'heure « que le médecin assuré
« ait satisfait aux obligations de son contrat ».

La loi du 13 juillet 1930 ne s'est pas prononcée explicitement sur cette question. Dans son article 12, elle déclare seulement que l'assureur n'est pas responsable

« des pertes et dommages provenant d'une faute intentionnelle ou dolosive de l'assuré ». On peut, par un argument « a contrario », déclarer qu'elle doit répondre de toute faute ni intentionnelle ni dolosive.

*
**

La Compagnie d'assurance devrait-elle encore garantir la faute qui consiste en l'absence de capacité professionnelle requise par la loi?

Le grade de docteur en médecine est la seule base sur laquelle la Compagnie s'est appuyée pour émettre le contrat, seul ce titre consacre le droit d'exercer la médecine. C'est l'élément fondamental du contrat. Une Compagnie n'aurait pas le droit d'assurer la responsabilité civile médicale d'une personne qui ne satisferait pas aux obligations légales, d'un rebouteux par exemple.

Par contre, supposons qu'un médecin de médecine générale, n'ayant fait comme étude que le minimum nécessaire pour la passation de ses examens de faculté, ouvre un cabinet pour s'adonner à une branche spécialisée de l'art médical, sans avoir acquis les qualités et connaissances requises pour exercer cette spécialité. L'assureur devra cependant supporter la charge de l'accident causé par ce médecin, si, dans son contrat, il ne lui a pas imposé de déclarer les spécialités qu'il pouvait exercer.

Il peut arriver qu'un médecin, n'étant pas dans les conditions prévues par l'article 27 de la loi de germinal an XI, fasse de l'exercice illégal de la pharmacie, préparant et vendant à sa clientèle des remèdes. La Compagnie d'assurances devra-t-elle, dans ce cas, accorder sa garantie? A priori nous serions tentés de répondre par la négative. La Compagnie a assumé un risque déterminé par les lois, le risque d'un docteur en médecine et non d'un pharmacien. D'autre part, le médecin a contre-

venu volontairement aux lois et seule la contravention involontaire aux lois peut être assurée. (Lyon, 17-2-1882. *D.*, 83-2-91. — Trib. Com. Le Havre, 18-7-1883. *G. d. P.*, 83-2-2, p. 289.)

Cependant, la jurisprudence a jugé en sens contraire dans un cas sensiblement analogue : Un pharmacien faisait de l'exercice illégal de la médecine. Au cours d'actes illégaux nettement caractérisés, ce praticien avait causé un accident : un médicament dangereux avait été délivré sans ordonnance. La Compagnie refusa de couvrir la responsabilité de son assuré, alléguant dans ses conclusions que « le médicament avait été délivré sans l'ordonnance d'un médecin, que ce fait constitue de la part du pharmacien un acte d'exercice illégal de la médecine qui a augmenté les risques prévus lors de l'assurance et que, dès lors, ce fait devait rester complètement à la charge du dit pharmacien ».

Le Tribunal civil du Puy (18 déc. 1905, *Gaz. des Trib.*, 3 févr. 1906) condamna la Compagnie d'assurances, dans un jugement d'où nous relevons cet attendu typique : « Que de plus, les Compagnies n'ignorent pas que les pharmaciens délivrent journellement des médicaments sans ordonnances ; que c'est là un usage constant et connu de tous ; que cela étant, on peut affirmer que, dans les calculs pour déterminer le quantum des primes à payer par les assurés, la Compagnie a tenu compte de cet usage et que tous les risques ont donc été prévus ; que X... s'est adressé à la Providence et a contracté avec elle l'assurance dont il s'agit, dans la persuasion que toutes les erreurs pharmaceutiques, qu'elles fussent commises dans l'exercice régulier ou irrégulier de sa profession de pharmacien, étaient garanties... »

Un tel jugement souleva de nombreuses protestations, et un arrêt de la Cour de Paris (22 déc. 1920. *Mon. Ass.*, 1921, p. 213, puis Cass., 17 janv. 1922, *Mon. Ass.*, 1922, p. 203) jugea en sens contraire.

Pratiquement, le médecin est, dans certains cas, autorisé légalement à tenir une officine : c'est le médecin pharmacien (art. 27 de la loi de germinal).

D'autre part, il arrive fréquemment qu'un praticien remette gratuitement à ses clients des médicaments qui lui sont fournis comme échantillons par les maisons de spécialités.

Ce n'est pas là faire de l'exercice illégal de la pharmacie, mais il serait bon, cependant, que les contrats des Compagnies d'assurances soient étendus aux erreurs résultant de la délivrance de produits pharmaceutiques par le praticien.

*
**

Les conditions générales des contrats garantissent la responsabilité des faits personnels du médecin, en principe est donc exclue des garanties du contrat, la responsabilité découlant de ses aides, infirmiers, etc. Quid pour celle que le praticien encourt du fait des objets dont il a la garde ou la surveillance?

Une place à part doit être faite pour l'automobile. Celle-ci est, entre les mains du médecin, un instrument de travail. L'on conçoit que ce risque soit exclu des polices ordinaires de responsabilité civile, en raison de sa gravité spéciale. En effet, les tribunaux appliquent maintenant la responsabilité de l'article 1384 et non celle de 1382 ; le docteur répond de son auto en vertu de l'objet lui-même, c'est une présomption de faute basée sur la garde de la voiture. D'autre part, le risque peut varier suivant la force de la voiture et l'automobile n'est pas un objet d'essence essentiellement médicale.

Les Compagnies n'ont pas les mêmes raisons d'exclusion du contrat responsabilité civile, celle découlant du local strictement professionnel que le praticien occupe, ni celle résultant de l'emploi du mobilier professionnel et des instruments dont se sert le praticien.

Un malade glisse, tombe, heurte un meuble et se blesse... le docteur est responsable. Le fauteuil d'un dentiste se renverse, etc., et cependant la police, telle qu'elle résulte ordinairement des conditions générales, ne le garantit pas.

Un praticien a un appareil de radiographie. Un fil est dénudé; un malade s'électrocute. Le contrat ordinaire ne joue pas, pas plus qu'il ne couvre le stomatologiste qui voit soudain la mollette de son tour à fraiser s'échapper et venir blesser le patient.

La police des Compagnies, d'après la clause rapportée plus haut, ne joue qu'en cas de faute personnelle. Si les tribunaux fondent la responsabilité sur l'article 1384, la Compagnie d'assurances, s'en tenant aux conditions générales de ses contrats garantissant la faute personnelle, est fondée à repousser la garantie du risque.

Lorsque, moyennant une surprime spéciale, elle insère dans le contrat la clause suivante : « L'assuré déclare employer un appareil radiologique ou radium-thérapique », la garantie des dommages causés par ces appareils est-elle acquise comme le croit généralement le praticien ?

Nous ne le pensons pas. Les termes des conditions générales telles qu'examinées plus haut sont formelles. Le fait de déclarer que le médecin fait usage de tel ou tel appareil n'y fait pas obstacle.

S'il y avait antinomie entre les conditions générales et cette dernière clause, il n'y aurait pas d'hésitation

possible. Les conditions écrites d'un contrat détruisent les effets des conditions générales imprimées. La jurisprudence est constante à ce sujet (Nancy, 14 mai 1906, *D. P.*, 1907-5-49). D'ailleurs, c'est la présence de conditions particulières « très brèves, peu nombreuses et ne dérogeant qu'exceptionnellement aux « conditions générales des contrats » (Sumien, *op. cit.*) qui font perdre à la police d'assurance son caractère de contrat d'adhésion pour en faire un contrat ordinaire.

Or, la clause « d'usage d'appareil » ne contredit pas les conditions générales. Elle a simplement pour but de faire comprendre dans la garantie du contrat la faute personnelle de l'opérateur lorsqu'il se sert d'instruments qui peuvent occasionner des brûlures ou des radio-dermites. Les Compagnies d'assurances pourraient avec juste raison, si ce n'est avec bonne foi, soutenir que les conditions ne se contredisent pas, mais se complètent et s'expliquent mutuellement. (Voir : Civ. 30-3-1892, *D.*, 1892-1-295. — Req. 17-1-1898, *D. P.*, 1898-1-136. — Civ. 14-2-1921, *S.*, 1922-1-102. — Nîmes, 25-5-1923, *Gaz. des Trib.*, 4-11-1923.)

Pour se garantir contre le risque professionnel des instruments qu'il emploie, le médecin pourrait faire préciser dans son contrat que « la Compagnie garantit « le risque intrinsèque découlant de l'usage des instruments et du mobilier professionnels ». Mais cette formule, cependant, est trop large et qui comprendrait par exemple la garantie de l'auto « instrument de travail » ne serait pas acceptée par l'assureur.

Celle relevée dans les conditions particulières d'un contrat que nous avons eu entre les mains, correspond davantage à la réalité : « Il est entendu que la « responsabilité du souscripteur est couverte toutes les « fois où elle pourrait être mise en cause, non seulement

« pour les soins donnés, mais encore pour tous accidents
« dont pourraient être victimes les clients à partir du
« moment où ils entrent chez le souscripteur, jusqu'au
« moment où ils en sortent ».

En effet, cette formule réalise bien la garantie : 1° des actes médicaux proprement dits ; 2° de la responsabilité des instruments ; 3° de la responsabilité personnelle du médecin en temps que locataire, responsabilité qu'il encourt au même titre qu'un simple particulier.

B) *Etendue de la garantie.*

Quelle est exactement la garantie accordée par la Compagnie : 1° quant au paiement des condamnations, et 2° quant au paiement des frais nécessités par la défense en justice d'un assuré, au cas où le tribunal n'aurait pas admis la responsabilité du médecin et aurait débouté le plaignant ?

1° PAIEMENT DES FRAIS DE JUSTICE. — Il est mentionné dans la plupart des contrats que la somme prévue au contrat est la somme maxima que la Compagnie peut avoir à payer en principal ou en frais annexes.

Le paiement que peut être amené à faire la Compagnie se divise en deux parties :

- a) Dommages et intérêts ;
- b) Frais de procès, d'enquêtes, etc.

Cette question qui paraît très simple a soulevé souvent des problèmes d'application pratique extrêmement complexes, problèmes qui ne sont point construction de l'esprit, simples hypothèses, mais au contraire qui se sont présentés assez fréquemment pour entrer dans cette

Supposons un contrat d'assurance responsabilité étude.

civile prévoyant une garantie de 100.000 francs. A la suite d'une faute professionnelle du médecin, un procès tendant à obtenir 100.000 francs de dommages-intérêts lui est intenté. Si un tribunal fait droit à la demande du tiers et accorde à celui-ci le maximum de la demande, le montant de la garantie de la Compagnie sera épuisé par cette condamnation et les frais du procès seront à la charge du médecin, la plupart des Compagnies ayant inséré dans leur contrat une clause par laquelle le montant des frais vient en déduction de la somme assurée.

(Cependant, pour la nullité de cette clause : Paris, juil. 1872, *D.*, 74-2-72. — Lyon, 23 juin 1886, *Mon. Jur. Lyon*, 12 oct. 1886.)

Il peut arriver également qu'un assuré ayant été condamné à des dommages-intérêts atteignant le maximum assuré, préfère s'en tenir là et ne désire point faire appel, pour éviter et les frais afférents à cette voie de recours et l'éventualité d'une condamnation plus forte. Or, le contrat qu'il a souscrit à la Compagnie d'assurances contient généralement un article ainsi conçu : « La Compagnie, sous le nom de l'assuré, aura
« seule le droit de transiger avec la partie lésée ou ses
« ayants-droit et de suivre les procès qu'ils pourront
« intenter. A cet effet, l'assuré s'engage à remettre à la
« Compagnie les pouvoirs nécessaires et à lui faire par-
« venir dans les quarante-huit heures de leur récep-
« tion toutes les pièces judiciaires ou extra judiciaires
« qui lui auront été signifiées, ainsi que tous avis, con-
« vocations, lettres ou autres documents relatifs à l'ac-
« cident. »

Il est bien évident que l'assureur, ne risquant plus rien dans un appel, voudra interjeter celui-ci et souvent usera de tous les moyens possibles pour retarder

le paiement de la condamnation. (Comparer Riom, 29-10-1930, *R. H.*, 1930-613.)

Les frais judiciaires restent à la charge de l'assuré bien que celui-ci n'ait plus la direction du procès, puisque, dès le début de l'affaire, la Compagnie aura pris le soin de se faire délivrer un pouvoir général.

L'assuré pourrait-il s'opposer à la décision de la Compagnie d'assurances de suivre le procès dans toutes les voies de recours qui lui sont offertes ?

Il est difficile d'empêcher le défendeur d'user des moyens que la loi met à sa disposition pour sa défense. La Compagnie étant le tiers payant, il est juste que lui soit délégué le droit d'exercer les actions de son assuré et on doit reconnaître à la Compagnie la possibilité de diriger tous les procès, sauf le cas où il y aurait abus de droit de sa part.

Cependant, il serait juste que, du moment où l'assuré peut être amené à supporter une part des risques, celui-ci soit considéré comme un co-assureur et soit consulté sur les décisions à prendre qui peuvent avoir pour résultat de lui faire supputer une perte qu'il aurait pu éviter. Le praticien doit pouvoir faire condamner la Compagnie d'assurances à supporter la totalité des frais supplémentaires que l'épuisement de tous les degrés de juridiction lui auraient fait engager. Mais nous estimons qu'il faudrait, pour faire aboutir cette revendication, la réunion de deux conditions :

1° Le médecin devrait informer la Compagnie qu'il ne désire pas aller en appel ;

2° Le praticien aurait à prouver la mauvaise volonté de l'assureur et l'abus de droit que celui-ci commettrait par une résistance abusive ayant pour principal motif l'obtention de délais de paiements.

« L'assureur ne peut être déclaré personnellement responsable des frais du procès que s'il est démontré qu'en se prévalant de la clause qui lui en réserve la direction, il a abusé de son droit et agit de mauvaise foi soit en engageant des frais frustatoires, soit en plaidant alors qu'il était de son intérêt de transiger » (Nancy, 6 juil. 1907, *D.*, 1907-2-354). Voir: Cass., 3 juil. *D.*, 99-1-135. — Grenoble, 15 mai 1894, *D.*, 94-2-495.

Cette solution est en somme logique. En s'assurant contre les procès responsabilité civile, en substituant un tiers, en l'espèce la Compagnie d'assurance, dans le paiement des sommes dues en vertu de sa responsabilité, il est juste que le médecin donne à ce tiers tous les droits, toutes les voies et moyens de défense que lui-même aurait pu mettre en œuvre s'il avait du personnellement réparer sa faute.

Le médecin a d'ailleurs un moyen très simple d'obvier au danger de l'abus de droit des Compagnies d'assurances : c'est de spécifier dans le contrat que la somme prévue comme garantie couvre le principal des condamnations, les frais annexes, frais de justice, d'avocats, etc., étant supportés complètement par la Compagnie d'assurance.

La loi allemande sur le contrat d'assurance contient un article ainsi conçu :

« L'assurance comprend les frais judiciaires ou extra judiciaires exposés pour défendre à une action exercée par un tiers, dans la mesure où ces frais sont imposés par les circonstances. Il en est de même lorsque l'action est mal fondée. »

« Lorsque la somme assurée est déterminée, l'assureur doit rembourser les frais occasionnés par un débat

« judiciaire soutenu sur sa demande, même si, ajoutés à
« l'indemnité, ils dépassent la somme assurée. »

D'ailleurs, il faut remarquer que, dès avant le vote de la loi du 18 juillet 1930 sur le contrat d'assurances, nombreuses étaient les sociétés d'assurance qui élargissaient à ce sujet le cadre de leur garantie, en insérant la clause suivante : « Les frais judiciaires occasionnés par les
« instances dirigées par la Compagnie au nom du sous-
« cripteur, sont payés par cette dernière, en sus de la
« somme assurée. »

Depuis la loi de 1930 (art. 51), lorsque le contrat ne portera rien à cet égard, la Compagnie sera présumée garantir, en sus des sommes assurées, les frais de procès.

2° PAIEMENT DES RENTES. — Nous avons déclaré que le contrat des Compagnies d'assurance prévoie généralement que la garantie de cette dernière est limitée à un capital prévu dans la police.

Si la condamnation consiste dans le paiement d'un capital, aucune difficulté n'apparaît. Mais celles-ci peuvent surgir dans le cas où un tribunal condamne au paiement d'une rente.

Les compagnies commerciales insèrent souvent à ce sujet la formule suivante :

« S'il est alloué judiciairement des rentes aux vic-
« times et que, pour sûreté de leur paiement, une acqui-
« sition de titres est en outre ordonnée, la compagnie
« s'oblige à consacrer, au choix de l'assuré, le montant
« disponible de sa garantie, soit au service des arré-
« rages, soit à l'achat immédiat de titres immatriculés,
« pour la nue-propriété, au nom de la compagnie et pour
« l'usufruit, au nom des crédits rentiers. S'il n'est pres-
« crit aucun achat de titres, la compagnie servira les

« arrérages jusqu'à épuisement de la susdite garantie » (Conditions générales du contrat des « Assurances Générales », article 5).

De nombreuses difficultés existaient de ce chef avant la loi de 1898, lorsqu'il s'agissait de victimes du travail (Paris, 20 déc. 1890, *D.*, 92-2-55. — Grenoble, 15 mai 1894, *D.*, 94-2-495. — Bordeaux, 21 mars 1896, *D.*, 97-2-236. — Req., 4 juil. 1901, *D.*, 1907-1-342).

La clause précitée limite les obligations de la compagnie. En ce qui concerne l'acquisition d'un titre de rente, celle-ci n'est pas forcée de consacrer le montant de la garantie dans l'achat d'un titre de rente viagère (d'un coût moins élevé) au nom du crédit rentier.

Cette clause est encore d'une grande application pratique, les tribunaux allouant généralement une indemnité en capital à la victime majeure, mais condamnant souvent, en ce qui concerne les enfants de la victime, au versement d'une rente.

3° REVENDICATION D'UN TIERS NON SANCTIONNÉE PAR LES TRIBUNAUX. — Quelle est exactement la garantie accordée par la compagnie quant au paiement des frais nécessités par la défense en justice d'un assuré, au cas où le tribunal n'aurait pas admis la responsabilité du médecin et aurait débouté le plaignant?

Les contrats des compagnies d'assurances garantissent la responsabilité du médecin. S'il n'y a pas de responsabilité, si un tribunal a affirmé par le rejet de la demande cette absence de responsabilité, la compagnie doit-elle un paiement quelconque? Nous pouvons à ce sujet consulter avec profit le livre de M. Hémard (*op. cit.*).

Etudiant un cas type d'assurances de responsabilité:

l'assurance de recours de voisins, M. Hémard déclare :
« D'après la police française d'assurance contre l'incendie, antérieurement à 1913, les compagnies incendie garantissaient le risque de voisinage ou le recours des voisins, c'est-à-dire la responsabilité pouvant être encourue au cas où l'incendie des objets assurés se communiquerait au risque des voisins, et l'on pouvait soutenir qu'il n'y avait sinistre qu'au cas où il y avait responsabilité encourue. »

En matière de recours de voisinage, la question ne se pose plus. Les compagnies d'assurances, en accord avec la ligue des assurés, ont depuis 1913 unifié leurs polices.

L'article 2 des conditions générales de leur contrat précise « qu'elles assurent le recours des voisins, c'est-à-dire les effets matériels de toute action qu'en vertu des articles 1382, 1383, 1384 ou 1386 du Code civil les voisins ou co-locataires pourraient exercer contre l'assuré pour communication d'incendie, etc. ».

Mais le contrat garantissant la responsabilité civile a une clause semblable à celle insérée dans la police incendie antérieure à 1913, et il « garantit uniquement les conséquences pécuniaires de la responsabilité civile de l'assuré qui, etc. ». De là à prétendre que lorsqu'il n'y a pas responsabilité, même s'il y a procès, il n'y a pas garantie », il n'y a qu'un pas.

On rencontre, pour confirmer cette thèse, un arrêt de Lyon souvent cité (30 janv. 1874, Dalloz, 75-2-30) :

« Attendu que l'assurance du recours des voisins ne comprend pas virtuellement la garantie des frais que l'assuré sera amené à avancer pour se défendre contre les actions inconsidérées ou mal fondées que lui intenteront ses voisins au cas d'incendie, que ce serait là

« l'assurance non plus contre les résultats d'une faute
« de l'assuré dommageable à autrui, mais contre une
« faute d'autrui dommageable à l'assuré. »

Et l'arrêt déboutait le demandeur.

La Cour, dans ses attendus, n'a pas tenu compte que l'assurance est un contrat de bonne foi.

En souscrivant le contrat responsabilité, l'assuré désire éviter tout dérangement et tous frais. En matière d'action en responsabilité civile, lorsque le demandeur est débouté, le défendeur n'en a pas moins à supporter un dommage assez élevé : honoraires d'avoués, d'avocats, et il doit subir des dérangements de toute nature. Une demande reconventionnelle n'est pas toujours sûre d'aboutir. Il faut, dans ce cas, prouver la malignité du demandeur et, même si le plaignant est condamné aux frais et dépens, le défendeur n'en a pas moins à supporter définitivement une part des frais.

Le moyen légal que l'assuré pourrait employer pour contraindre une société d'assurances à l'indemniser dans ce cas, serait de plaider qu'en engageant des frais de défense, il a défendu les intérêts de la compagnie d'assurances, il a géré l'affaire de cette compagnie qui doit l'indemniser de ses justes débours.

Mais il est plus simple que l'assuré s'inspire du rapport de Lyon-Caen sur le projet de loi de 1904, article 21, alinéa 2, article qui est devenu l'article 24 dans le projet de l'association française (Dupuich, p. 28) pour faire insérer une clause ainsi conçue : « Dans les limites de
« la somme assurée, l'assureur est obligé de rembourser
« à l'assuré les dépenses faites pour atténuer les dommages en cas de réalisation du risque. Cette obligation
« existe pour l'assureur indépendamment du résultat
« obtenu. »

Nous avons vu plus haut (page 93) que la loi allemande contenait dans le premier alinéa de son article 150, un article qui aboutissait au même résultat.

(Comparez Cadère, *op cit.*, 160, p. 108 et 599 *bis.*)

Nous pensons qu'aucune compagnie d'assurance ne pourrait s'opposer à l'insertion d'une clause ainsi conçue et qui est de pure bonne foi.

4° L'AMENDE. — Il faut noter qu'une condamnation à une amende ne peut jamais être prise en charge par la compagnie d'assurance.

L'amende, au même titre qu'une condamnation correctionnelle, telle que la prison, est une peine essentiellement personnelle. Par contre, les frais annexes à l'amende peuvent être régulièrement et valablement garantis par le contrat (Contrat D. A. S., P. A. S., etc.).

5° RÈGLE PROPORTIONNELLE. — La règle proportionnelle est la résultante du principe suivant appliqué par les compagnies d'assurances : l'assuré doit se garantir pour l'universalité de son risque. Il est appliqué et applicable surtout en assurance dommage : incendie ou vol ; en effet, ce n'est que dans ces deux groupes de contrats qu'il a sa raison d'être. Un propriétaire assure un immeuble pour un million, alors que cet immeuble vaut le double. Si un incendie détruit la moitié du dit immeuble, la compagnie d'assurance ne participera que pour la moitié des dégâts. Pour reprendre les formules des compagnies, elle supportera une proportion de dégâts égale à la proportion existant entre la valeur de l'objet et le montant de son assurance. Bien entendu, sans que l'indemnité puisse dépasser le montant de la perte subie.

Cette règle est assez juste, puisqu'elle fait participer, en cas de sinistre partiel, l'assuré, dans les mêmes proportions qu'il aurait dû participer au cas de sinistre

complet. (Si l'immeuble, valant deux millions, est assuré pour un million, la compagnie ne lui paiera en cas de sinistre total que le million assuré.)

Il est bien évident qu'une telle règle ne peut être appliquée à l'assurance responsabilité.

En matière de chose certaine, il est possible de déterminer exactement la valeur du risque, mais, comme le dit Cadère (*op. cit.*) « les risques, dans l'assurance de « responsabilité, sont illimités quant à la valeur du « dommage ».

Si, dans la pratique, la garantie accordée par l'assurance se trouve limitée, cela ne veut pas dire que cette somme limite représente le maximum du dommage à autrui que l'activité de l'assuré peut provoquer : c'est seulement la limite maxima de l'engagement de l'assureur.

Les compagnies en tiennent compte, puisque les primes demandées pour l'assurance responsabilité sont décroissantes avec l'augmentation de garantie assurée. Pour 100.000 francs, la cotisation est fixée à 60 francs, pour 200.000 francs à 80 francs, 300.000 francs à 90 francs, etc.

Un certain nombre de sociétés (étrangères pour la plupart) ont commencé à émettre des contrats garantissant sans limite la responsabilité de l'assuré. Elles n'encourent pas un gros risque et le supplément de cotisations qu'elles demandent de ce chef est peu élevé. En effet, plus le chiffre de garantie augmente, plus est rare l'éventualité du procès absorbant la totalité du capital garanti. Ces nouvelles polices commencent à être d'une application fréquente en matière d'assurance

auto (1), appliquées aux polices de responsabilité médicale, cette formule donnerait aux praticiens une très grande sécurité.

(1) Elles sont d'ailleurs très critiquées par les économistes, qui estiment que ce procédé d'assurance ôte l'intérêt personnel de veiller au risque et empêche l'assuré d'être, au moins théoriquement, son propre assureur pour une fraction de ce dernier.

CHAPITRE II

CLAUSES DE DÉCHÉANCE DU CONTRAT DE RESPONSABILITÉ CIVILE

§ 1 — GÉNÉRALITÉS

Avant d'étudier les clauses de déchéances contenues dans les contrats d'assurances responsabilité civile, il faut avant tout définir ce qu'on entend par déchéance.

Il sied en effet de mentionner la différence juridique qui existe entre la déchéance et la non assurance. L'une contient un élément personnel à l'assuré; elle résulte d'un fait qui dégage la compagnie d'assurance d'une obligation, d'une prestation qu'elle était tenue de fournir en vertu d'un contrat. La non assurance dérive d'une ou plusieurs clauses insérées dans le dit contrat pour en restreindre l'étendue; c'est ainsi que la clause spécifiant que l'assuré est déchu du bénéfice de son contrat s'il reconnaît sa culpabilité, est une clause de déchéance; celle excluant de la garantie les aides du souscripteur de la police est une clause de non assurance.

Il est souvent difficile, d'ailleurs de différencier ces deux caractères. Nous verrons plus loin (titre III : Assurance individuelle) que les conséquences des rixes sont exclues de la garantie des contrats. Il est difficile

de déterminer si, dans ce cas, il y a clause de déchéance ou d'exclusion.

Cette distinction fondamentale est celle admise par la Cour de Cassation (Ch. civile, 18 nov. 1908. *Rec. Per. Ass.*, 1909, p. 267). Elle n'est pas une pure spéculation dans l'esprit, mais correspond à une certaine réalité pratique : lorsqu'il y a déchéance, l'assureur se réserve fréquemment le droit de résilier la police ; parfois même, de récupérer le montant des sinistres précédemment réglés. Il ne le peut pas en matière de non assurance. Dans la première hypothèse, il existe en général un élément intentionnel, une fraude ou un manquement à une obligation qui entraîne l'annulation du contrat. Dans le deuxième cas, il n'y a pas assurance, le contrat subsiste, mais il ne donne pas ouverture à indemnité.

En pratique, ces clauses aboutissent au même résultat : le médecin a signé un contrat et se croit couvert, alors que certains éléments de son activité professionnelle ne rentrent pas dans le cadre de la police souscrite ou annulent cette dernière.

Les clauses de déchéance ou de non assurance sont nombreuses.

La police d'assurance, en tant que contrat, est soumise aux règles générales qui régissent ces derniers : elle doit avoir une cause ; les parties contractantes doivent avoir une volonté de contracter non viciée ; enfin, étant un contrat synallagmatique, les obligations de chacune des parties doivent être strictement remplies.

Les contrats d'assurance doivent avoir une cause non immorale et non contraire aux lois (voir la discussion sur la légalité du contrat d'assurance contre les accidents, page —). La volonté des parties doit être entière, aucune réticence ni fausse déclaration de l'assuré ne

doivent venir fausser la volonté de l'assureur (1). Les obligations de chacune des parties doivent être remplies; en particulier, l'assuré doit payer les primes correspondant à la prise en charge du risque par l'assureur.

Il faut remarquer, toutefois, que la plupart des cas de nullité ou d'annulation légaux sont reproduits dans le contrat lui-même. Celui-ci va donc plus loin que le droit commun et fait de ces obligations légales, de ces obligations préexistantes, des obligations conventionnelles, sanctionnées par des clauses pénales, qui s'imposent au juge encore plus fortement que les obligations légales. Si un assuré n'est pas indemnisé d'un sinistre, il pourra demander au Tribunal l'annulation de son contrat, mais ne pourra lui-même le considérer comme nul. Tant que les juges ne se seront pas prononcés, il sera tenu au paiement des primes, car il ne s'appuie que sur une nullité de droit commun. Si c'est l'assuré qui ne remplit pas ses obligations et ne paie pas ses cotisations, la compagnie, *ipso facto*, et après simple mise en demeure par lettre recommandée, lui appliquera la déchéance prévue au contrat. Souvent, même, elle lui imposera le paiement d'une année de prime à titre d'indemnité, ce qui constitue une clause pénale et s'impose au juge.

Dans ce chapitre, nous avons voulu étudier, sous le

(1) Article 15 de la loi du 13 juillet 1930 sur le contrat d'assurance.

« L'assuré est obligé :

Paragraphe 2 : de déclarer exactement, lors de la conclusion du contrat, toutes les circonstances connues de lui qui sont de nature à faire apprécier par l'assureur les risques qu'il prend à sa charge;

Paragraphe 3 : de déclarer à l'assureur les circonstances spécifiées dans la police qui ont pour conséquences d'aggraver les risques. »

titre générique de « Clauses de déchéance », les principaux cas de déchéance ou de limitation de garantie, propres au contrat d'assurances responsabilité civile, celles dont le médecin est souvent victime parce qu'il les ignore.

Nous en rencontrerons qui ont leur source dans des faits antérieure ou concomittants à l'accident, et d'autres basées sur des obligations de l'assuré postérieures au dit accident.

§ 2 — PREMIER GROUPE : CLAUSES D'EXCLUSION
INSÉRÉES DANS LES CONTRATS RESPONSABILITÉ CIVILE

A) *Exclusion des actes accomplis en cas de démence.*

La plupart des polices des compagnies d'assurances contiennent un article ainsi conçu : « La compagnie ne « répond pas des accidents causés intentionnellement, « ou dans un état de trouble mental, ni de ceux qui « atteignent les membres de la famille de l'assuré, ses « domestiques, ou ses salariés, ses aides, ses élèves ou « sage-femme. »

Si le contrat garantissait les accidents causés volontairement, il serait nul, parce que de cause immorale. L'assurance peut garantir la faute, mais l'accident intentionnel n'est plus un accident, c'est un dol, un délit ou un crime.

S'il y a un élément intentionnel, il n'y a plus d'élément accidentel — l'accident est un événement par nature imprévu et involontaire — et la compagnie, par le contrat Responsabilité civile, ne garantit que les accidents.

Le deuxième alinéa de l'article précité déclare que la compagnie ne couvre pas les accidents ayant leur

source dans le trouble mental de l'assuré. Ici, nous nous trouvons en présence d'un problème juridique qui a été très débattu et qui a fait l'objet de nombreuses discussions doctrinales.

Planiol, résumant la question, écrit dans son *Cours de Droit civil* :

« Dans la traduction française qui se rattache aux
« doctrines de la philosophie spiritualiste, la possibilité
« de condamner une personne à raison d'une faute, sup-
« pose que cette personne est moralement responsable
« de ses actes. Par conséquent, celui qui est dépourvu
« de l'intelligence nécessaire pour comprendre ce qu'il
« a fait, comme un enfant en bas âge, ne peut se trouver
« obligé en vertu d'une faute. Il est irresponsable de ses
« actes aussi bien au point de vue civil pour l'indemnité
« pécuniaire dûe à la victime, qu'au point de vue pénal
« ou moral pour le châtement ou la réprobation qui
« frappe les coupables.

« C'est sur l'usage de la raison qu'est basée la res-
« ponsabilité. »

Cette théorie peut choquer l'équité. Peut-être y aurait-il lieu de distinguer entre la responsabilité pénale et la responsabilité civile. C'est ce que voudraient faire admettre nombre de représentants de la doctrine moderne, appliquant ainsi l'idée du risque. Planiol lui-même (*op. cit.*) est un partisan de cette théorie. (Voir aussi : Saleille, *Théorie générale de l'Obligation*, 2^e éd., p. 376, note 1. — Corbesq, *Devoirs moraux et Obligations morales*, Paris, 1903. — Teissière, *Essai d'une Méthode Générale sur le Fondement de la Responsabilité*, Aix, 1901. — Lecoinge, *Fondement de la Responsabilité civile*, thèse, Paris, 1912. — Orsat, *De l'Imputabilité en matière de Responsabilité civile*, thèse, Paris, 1912.)

L'Allemagne admet le principe de l'irresponsabilité pécuniaire du dément, mais apporte à cette théorie des correctifs : l'article 829 de son Code prescrit en effet l'indemnisation de la victime d'un dément, lorsque l'équité le demande.

La Commission belge pour l'étude du Code, par contre, se montre hostile à l'idée de l'indemnité pécuniaire.

Quelle a été la position de la jurisprudence française dans ce problème ?

Appliquant les idées de Demolombe et de Sourdat, elle a admis des correctifs au principe de l'irresponsabilité du dément :

« Le juge doit d'abord, comme pour l'enfant, rechercher quel a été effectivement le degré et le rôle de « démence dans l'accomplissement de l'acte. Il ne suffit pas de constater un état général de démence, même susceptible de faire prononcer l'interdiction. (Nancy, 7-2 1867, *D. P.*, 1867-2-73. — Bourg, 1-5-6 1920, *La Loi*, 15-7 1920.)

« C'est pourquoi, si le juge relève que l'auteur de « l'acte dommageable, interdit ou non, avait, au moment « de l'acte, une conscience suffisante de ses actes, s'il « était dans un intervalle lucide ou mi-lucide, il doit « le déclarer en faute et le reconnaître responsable. » (Liège, 13-1 1835, *D. rép.*, Responsabilité, 139. — Paris, 167, 1844, *D. rép.*, V. Resp., 5°. — Montpellier, 31-5 1866, *D. P.*, 1867 2-3. — Montpellier, 23-12 1904, *Mon. Jud. Midi*, 26-2-1905.)

D'autre part, remontant à la source même de la démence, la jurisprudence déclare encore que la responsabilité demeure « lorsque la démence est le résultat « d'une faute caractérisée telle que la débauche ou des « habitudes d'intempérance ». C'est alors au demandeur

à apporter la preuve de ce dernier fait. (Rouen, 17-3 1874, *D. P.*, 1874-2-190. — Caen, 3 nov. 1880, *D. P.*, 82-2-23. — Trib. civ. Seine, 27 nov. 1906, *Gaz. Trib.*, 9 janv. 1907. — Bourges, 15 juin 1920, *La Loi*, 15 juil. 1920.)

Cependant, à côté de ces situations de fait, elle conserve dans son essence le principe de l'irresponsabilité. (Citons pour mémoire : Lyon, 31 déc. 1904. — Sous Cass., Req., 30 juil. 1906, *D. P.*, 1907-1-315. — Trib. civ. Toulouse, 3 nov. 1920, *Gaz. Trib. Midi*, 30 janv. 1921. — Trib. civ. Lyon, 16-1-1926, *Gaz. Jud. Lyon*, 20-3-1926.)

De l'étude de ces différents arrêts, nous pouvons conclure que l'exclusion de la garantie d'un accident consécutif à la démente de l'assuré est une clause qui, en elle-même, n'a aucune portée. Ou le médecin a commis une faute, en état de démente caractérisée, et sa responsabilité ne jouera pas, ou le Tribunal le déclarera sain d'esprit, en totalité ou en partie, et l'application de la déchéance par la compagnie sera forcée de suivre la décision du Tribunal.

B) *Exclusion des accidents résultant de violation de lois
ou de règlements.*

On rencontre encore fréquemment, dans certains contrats, une clause excluant de la garantie de la police les accidents ayant leur source dans l'inobservation des lois et des règlements ou ne garantissant pas l'assuré s'il est poursuivi devant les tribunaux répressifs.

Cette clause est différente de celle excluant de la garantie la faute lourde, clause qui ne se rencontre plus

guère et dont le rôle était de forcer le plus possible la prudence et la vigilance de l'assuré.

L'assuré qui, « dans une police contre les accidents, « laisse insérer une clause de déchéance pour infractions ou contraventions aux lois et règlements, conclut « un véritable marché de dupe », déclare Paul Gent (thèse citée).

En effet, lorsqu'un médecin est poursuivi, c'est très fréquemment en vertu des articles 319 et 320 du Code pénal.

Bien que la Cour de Cassation (12 févr. 1896, *Rec. Per. Ass.*, 1896, p. 198) ait reconnu la validité de cette clause, la plupart des tribunaux se sont élevés contre elle.

« On ne saurait admettre qu'une infraction quelconque à un texte législatif envisagé, soit au point de vue correctionnel, soit au point de vue civil, constitue légalement une faute de nature à dispenser l'assureur de l'exécution de son contrat. » (Paris, 5 mai 1896, *Rec. Per. Ass.*, 1896, p. 290. — Voir également dans le même sens : Paris, 9 mars 1907, *Rec. Per. Ass.*, 1908, 529.)

Plus récemment, la Cour de Douai (17 juin 1929, *G. P.*, 24-12-29) déclarait que la clause de déchéance pour inobservation des lois et règlements n'était valable que si l'assuré avait intentionnellement violé les lois et règlements.

La loi du 13 juillet 1930 a tranché la question dans son article 24 en déclarant « que sont nulles les clauses « générales frappant de déchéance l'assuré en cas de « violation des lois ou des règlements, à moins que cette « violation ne constitue un crime ou un délit intentionnel ».

C) *Exclusion des accidents survenus aux membres de la famille, domestiques ou salariés, aides, élèves ou sage-femmes.*

Les accidents survenus aux membres de la famille de l'assuré ne rentrent pas dans la garantie de la police.

Ce principe est facile à justifier :

L'assurance responsabilité civile, nous l'avons vu, a pour but la garantie d'une action en justice dirigée contre l'assuré lui-même. Tout paiement de la compagnie d'assurance est subordonné à l'exercice ou la possibilité d'exercice de cette action.

On peut dire que, dans la majorité des cas, un membre de la famille du médecin assuré ne lui intenterait pas une action en justice s'il ne visait derrière ce dernier la compagnie d'assurance le garantissant.

Ce principe ne suffirait pas, à lui seul, pour justifier l'exclusion prévue au contrat, mais il faut remarquer que le praticien qui est assigné par un client quelconque, a un intérêt personnel très grand à se défendre le mieux possible. Si le demandeur est une personne de sa proche famille, la situation n'est plus la même et, très humainement, le praticien assigné fera passer souvent les intérêts du plaignant avant ceux de l'assureur. Parfois, il sera amené à reconnaître sa faute et la compagnie pourra lui imposer une autre déchéance : celle découlant de la reconnaissance de responsabilité que nous étudions tout à l'heure.

Rendre plus fréquents les procès en responsabilité aboutirait à des résultats choquants.

Aussi, dans toutes les polices de responsabilité, la même clause se retrouve. Cependant, il peut y avoir une faute certaine et le médecin, l'assuré, voudront pouvoir

indemniser la victime. C'est la raison pour laquelle les compagnies d'assurances ont créé, pour certaines espèces de responsabilité, celle découlant des accidents d'automobile par exemple, des polices spéciales dites « polices individuelles, à personnes innomées », dans lesquelles elles s'engagent à payer à la victime d'un accident, des indemnités forfaitaires, sans qu'il y ait lieu de rechercher la faute ou la responsabilité de l'assuré. Ces polices évitent ainsi des procès pénibles.

Il n'existe pas encore des polices de ce type pour compléter l'assurance de responsabilité médicale, et leur besoin ne se fait pas sentir.

Est-ce pour les mêmes raisons que les compagnies ne garantissent pas les accidents survenus aux élèves, aux aides? Nous ne le pensons pas. Cette clause, insérée dans les conditions générales des polices, souffre souvent des dérogations dans les dispositions particulières des contrats.

D'où vient donc qu'elle figure dans les clauses imprimées?

Cette exclusion ne peut se comprendre que par l'étude du fonctionnement des organismes assureurs. Ces groupements n'ont étendu que peu à peu le cadre de leurs opérations. L'assurance de responsabilité est une assurance relativement moderne et les contrats émis ne sont pas encore au point. Les compagnies d'assurances ont commencé par créer un type de police et elles ont voulu l'adapter successivement à tous les risques. Malheureusement, le contrat créé à l'origine n'avait pas la souplesse nécessaire et des clauses normales lorsqu'il s'agissait d'assurer un risque déterminé, se sont retrouvées dans d'autres contrats où elles n'avaient plus de raison d'être.

L'exclusion des salariés se justifie dans certaines polices, par exemple celles couvrant la responsabilité des automobilistes. Les salariés sont exclus parce qu'ils bénéficient par ailleurs d'indemnités forfaitaires prévues par la loi sur les accidents du travail. Il n'y a pas lieu de conserver cette exclusion dans les polices de responsabilité médicale.

De même, faisant souvent une erreur juridique, les compagnies d'assurances ont considéré dans la police responsabilité civile médicale, les aides et les collaborateurs du médecin, comme des salariés. Ce n'est pas exact pour une grande partie d'entre eux.

D'autre part, lorsque le salarié, le collaborateur, reçoivent les soins de « leur patron » médecin, ils doivent être considérés comme des tiers quelconques et la garantie de la police doit jouer à leur égard.

La clause d'exclusion des salariés, insérée par les compagnies d'assurances, devrait être ainsi complétée : « en tant que le dit salarié serait assujéti lors de l'accident aux lois sur les accidents du travail » (1).

Le praticien serait ainsi certain d'être couvert, sans que le risque supporté par les compagnies en soit beaucoup aggravé. La libéralité du contrat viendrait ainsi tranquilliser l'assuré.

§ 3 — DEUXIÈME GROUPE : CLAUSE DE DÉCHÉANCE

A) *Déclaration de l'accident.*

La plupart des contrats émis par les compagnies d'assurances contiennent un article ainsi conçu :

(1) Cela permet encore de couvrir la faute vis-à-vis des employés et les conséquences d'arrêts analogues à celui de Douai, 13 octobre 1913, cité page 53.

« Sauf justification d'un cas fortuit ou de force majeure, l'assuré, sous peine de déchéance, doit trans-
« mettre à la compagnie toute réclamation d'indemnité
« relative à la présente garantie dans les deux jours à
« partir de celui où il en a connaissance, soit par
« plainte, soit par une mise en demeure, et fournir, en
« outre, conformément à la vérité, tous renseignements
« se rattachant à l'accident qui lui serait demandés par
« la compagnie ou ses délégués. » (*Art. 6 de la police des Assurances Générales.*)

Cet article, dans le contrat d'une compagnie d'assurance belge spécialisée dans l'assurance responsabilité civile des médecins, a été aggravé ainsi :

« En cas d'accident certain, ou présumé tel par le
« souscripteur, celui-ci est tenu d'en avvertir la compa-
« gnie dans les quarante-huit heures. »

Les compagnies ont souvent opposé cet article au praticien : en effet, tout acte médical peut être la source d'un accident. Le médecin, au moment où il présente sa note d'honoraires, alors que le traitement n'a pas réussi, essuie souvent des reproches ; parfois même, on le menace de demander des dommages-intérêts. La plupart du temps, ces menaces restent platoniques, et souvent, elles ne sont pas assez sérieuses pour être prises en considération.

Il arrive parfois que le praticien reçoive des lettres d'individus plus ou moins exaltés, auxquelles il n'attache pas d'importance ; il les met au panier sans les transmettre à son assureur. Lorsqu'il fera une déclaration à ce dernier, ce sera, la plupart du temps, lorsque l'affaire menace d'être sérieuse et en transmettant les citations ou assignations en justice. La compagnie d'as-

surances lui opposera ou pourra lui opposer la déchéance pour retard dans la déclaration de sinistre.

En principe, il est évident que cette clause n'a rien d'abusif. Il est juste que l'assureur, qui doit payer, puisse présenter en temps utile la défense de son client, et pour le faire, il doit être en possession, suffisamment à temps, de tous les éléments nécessaires à cette défense.

Il faut, en particulier, qu'il puisse prendre toute mesure pour s'assurer du bien-fondé de la demande, qu'il puisse surveiller les dommages dont on réclame l'indemnisation.

En fait, la pénalité, l'exclusion est motivée et trouve une justification, et sous une réserve que nous retrouvons plus loin, si le médecin omet de transmettre dès leur réception les pièces officielles, les assignations en justice.

Mais il faut tenir compte que tout acte médical, quel qu'il soit, peut donner lieu à une réclamation, que tout traitement non réussi peut être qualifié par la victime d'« accident ».

Si l'on poussait jusque dans ses extrêmes limites les formalités imposées par les compagnies d'assurances, le praticien devrait déclarer à cette dernière tous les pansements qu'il effectue, tout acte médical en général qu'il est amené à pratiquer. Aussi, les tribunaux qui consacrent la validité de cette clause (Cass., 15-1 1900. *Simonin*, 1.227. — Cass., 5-11 1906, *G. d. P.*, 16-11 1906) en ont néanmoins tempéré la rigueur.

Il a été jugé, entre autres, que si un cas de force majeure met l'assuré hors d'état de faire la déclaration, il ne peut y avoir déchéance (Cass., 12-2 1900, *G. d. P.*, 13 et 14 mai 1900).

Il a été également admis que si l'assuré, à raison de

son ignorance de l'accident, se trouvait dans l'impossibilité de faire sa déclaration, il n'y avait pas déchéance. Certains arrêts (Toulouse, 30-3 1892, *G. d. P.*, 8-10 1892, et Paris 28-3 1895, *G. d. P.* 11-5 1895) ont décidé que le point de départ du délai pour faire la déclaration doit s'entendre du moment exact où il a été possible de reconnaître la nature de l'accident ou sa gravité.

Toutefois, la Cour de Cassation (15-1 1900, *Rec. Per. Ass.*, août 1900. Cass., 17-1 1925, *D. H.*, 1925, 181), n'ont pas consacré complètement cette façon de voir.

La législation allemande a supprimé les difficultés en déclarant que le délai imposé à l'assuré pour faire la déclaration de l'accident court à partir du jour où l'assuré a reçu une réclamation du plaignant.

De même, la déchéance prévue pour retard dans les transmission de pièces devrait avoir une application restreinte et basée sur une question de fait. Seul le tribunal devrait avoir compétence pour juger de la faute commise par l'assuré en ne transmettant pas les pièces et du préjudice causé à la Compagnie par ce retard. Si la non transmission des pièces entraîne une condamnation définitive, la déchéance doit pouvoir être appliquée. Si l'oubli dans cette transmission ne cause aucun préjudice à la compagnie, celle-ci ne devrait pas être fondée à s'exonérer de payer.

Il faut remarquer qu'il a été jugé que « l'assuré n'a
« couru aucune déchéance pour retard dans la trans-
« mission de l'avis de sinistre ou de citations, ou de
« pièces de procédure, si, de l'aveu de la compagnie,
« elle a été informée de l'accident dès le lendemain, a
« procédé elle-même à une enquête et a été ou s'est mise
« au courant de toutes les phases de la poursuite correc-
« tionnelle et civile consécutives à cet accident. » (Req.,

5 août 1812, *D.*, 1913-1-85, *contra* Civ. 26-10 1926, *D. H.*, 1926, 547.)

Il faut remarquer que la compagnie devra se prévaloir de cette déchéance avant tout acte de procédure ou tout acte de prise en charge. Ce sera une opposition *ab limine litis*.

Il a été jugé que lorsque l'assuré a encouru certaines déchéances stipulées dans la police, à raison de l'observation de certaines formalités, l'assureur ne peut lui opposer ces déchéances, dès lors qu'il a manifestement renoncé au droit de s'en prévaloir, et que doit être considéré comme une renonciation à ce droit le fait, par l'assureur, de faire des propositions de transaction par l'un de ses inspecteurs, etc. (Toulouse, 11-12 1888, *G. d. P.*, 89-1-120.)

Les compagnies d'assurances n'ont pas consenti généralement à modifier d'elles-mêmes leurs conditions générales en prévoyant que la déchéance ne sera pas opposable à l'assuré si le procès n'est pas encore en état d'être jugé ou si une voie de recours ordinaire peut encore être exercée, à charge seulement par l'assuré de supporter les frais supplémentaires nécessités par sa négligence. Aussi le projet de loi de 1904 déclara :

« L'assuré est obligé :

5° De donner avis à l'assureur, dans les trois jours
« qui suivent celui où il en a eu connaissance, de tout
« sinistre de nature à entraîner la responsabilité de l'as-
« sureur.»

L'exposé des motifs de ce projet portait également que l'assureur avait droit à des dommages intérêts pour le préjudice qui lui a été causé lorsque l'assuré ne lui a pas donné connaissance du sinistre dans les délais pres-

crits. La loi du 8 juillet 1930 a tranché en fait les difficultés. Déclarant que :

« L'assuré est obligé de donner avis à l'assureur dès
« qu'il en a eu connaissance et au plus tard dans les cinq
« jours, de tout sinistre de nature à entraîner la ga-
« rantie de l'assureur (art. 15, § 4) (sauf, bien entendu,
« cas fortuit ou force majeure).

« Sont nulles toutes clauses frappant de déchéance
« l'assuré à raison de simple retard apporté par lui à la
« déclaration du sinistre aux autorités ou à des pro-
« ductions de pièces, sans préjudice du droit pour l'as-
« sureur de réclamer une indemnité proportionnée au
« dommage que ce retard lui cause » (art. 2, § 2).

B) *La reconnaissance de responsabilité.*

Dans tous les contrats d'assurance responsabilité, est inséré un article généralement ainsi conçu :

« La compagnie, sous le nom de l'assuré, aura seule
« le droit de transiger avec la partie lésée ou ses ayants-
« droits et de suivre les procès qu'ils pourront intenter.

« A cet effet, l'assuré s'engage à remettre à la compa-
« gnie tous pouvoirs nécessaires et à lui faire parvenir
« dans les quarante-huit heures de leur réception, tous
« les actes judiciaires qui lui auront été signifiés, ainsi
« que tout avis, convocations ou lettres ou autres docu-
« ments relatifs à l'accident.

« L'assuré ne pourra mettre la compagnie en cause ni
« l'appeler en garantie. Si la compagnie refuse de se
« charger de l'accident, l'assuré aura contre elle une
« action principale devant le tribunal compétent. En cas
« d'action correctionnelle dirigée contre l'assuré, la

« compagnie se réserve d'intervenir et de diriger la défense, mais sans qu'elle puisse y être contrainte. »

Le premier alinéa de la clause se justifie aisément : la compagnie, étant le payeur, doit avoir seule de droit de transiger.

Doit-elle l'avoir complètement, a-t-elle le droit de transiger alors que les intérêts du praticien seraient qu'il n'y ait pas transaction, mais que l'affaire soit suivie en justice?

Nous ne pensons pas que l'assureur, en transigeant, put avoir quelque responsabilité. Le seul cas où la transaction qu'il aurait fait pourrait lui être reprochée, serait si le montant de cette transaction représentait une somme supérieure à la garantie qu'il assure. Il serait également mal fondé, après avoir amorcé une transaction officielle, à opposer aux médecins une déchéance quelconque pour fait antérieur à cette transaction.

Cependant, en transigeant, la compagnie fait, au nom de son assuré, une reconnaissance de responsabilité, et celui-ci peut se trouver forclos lorsqu'il veut revendiquer le droit d'intenter une demande reconventionnelle.

C'est pourquoi il ressort *a contrario* d'un jugement du Tribunal de Commerce de Saint-Etienne (15 févr. 1929, *Gaz. Triz.*, 27-28-29 oct. 1929), que l'assuré peut faire défense à son assureur de transiger.

Quoiqu'il en soit, la compagnie a un droit acquis à faire une transaction. Ce droit ne tombe que sur opposition formelle de l'assuré, opposition formée en temps utile.

Examinant le problème sous un autre angle, étudions jusqu'à quel point un médecin ayant transigé lui-même, dans un cas très urgent, risquerait se voir opposer la déchéance prévue à son contrat.

Supposons que, moyennant le paiement immédiat d'une somme assez modique, le médecin ait obtenu le désistement complet d'un plaignant dont la plainte était fortement motivée. Nous pensons que si la compagnie n'acceptait pas amialement de payer le remboursement de ces frais, le tribunal serait fondé à déclarer que le médecin, dans ce cas d'espèce, a agi non en temps qu'assuré, mais en temps que gérant d'affaire de la compagnie d'assurance.

En vertu de l'article 1375 C. C., la compagnie devra indemniser son assuré de toutes les dépenses utiles ou nécessaires qu'il a faites.

La loi allemande déclare à ce sujet que « l'assureur
« ne peut invoquer la clause d'une convention aux
« termes de laquelle il sera libéré de l'engagement de
« fournir la prestation pour le cas où le preneur d'as-
« sureur indemnise le tiers ou reconnaît le droit de ce
« dernier sans le consentement de l'assureur, mais uni-
« quement si le preneur d'assurance ne pouvait refuser
« l'indemnité ou la reconnaissance du droit sans mécon-
« naître évidemment l'équité ». (Art 154 de la loi du
30-5-1908.)

Dans toutes les polices responsabilité, les compagnies ont inséré une clause dans laquelle il est déclaré que
« l'assuré ou ses préposés quelconques ne peuvent se
« reconnaître responsables... » (Article 6, police « Lloyd
Continental Français ».)

Certaines compagnies ont soutenu qu'il y avait déchéance lorsque leur assuré avait reconnu les circonstances entourant l'accident. Les tribunaux ont dû intervenir pour déclarer que les compagnies d'assurances ne pouvaient pas interdire à leur assuré de reconnaître la matérialité d'un fait; que ce serait, au contraire, les inci-

ter à commettre des mensonges, et que l'effet absolu de la clause envisagée serait contraire à l'ordre public. (A citer parmi les arrêts les plus récents sur la question : Paris, 8-11-1929, *G. T.*, 1-1-30. — Lyon, 24-1-1929, *Mon. Lyon*, 20 août 1929. — Amiens, 22-11-1929, *R. H.*, 20-2-1930.)

C) *De l'appel en garantie de l'assuré.*

Nous avons constaté que les contrats d'assurances de responsabilité civile mentionnaient généralement que l'assuré ne doit pas, sous peine de déchéance, appeler sa compagnie d'assurances en garantie. Quelles sont les motifs de cette prohibition?

En faveur du maintien de cette clause, les organismes assureurs font valoir deux séries d'arguments : l'un est un argument d'ordre juridique, l'autre serait une justification d'ordre pratique.

Les compagnies d'assurances invoquent souvent le fait que l'action en responsabilité subie par l'assuré et l'action en garantie intentée par ce dernier ne sont pas des actions connexes : elles sont nettement distinctes, des problèmes de compétence et de procédure peuvent s'élever qui ne sont pas les mêmes dans l'une et l'autre action.

La Cour de Cassation adopta longtemps cette théorie (25-1-1892, *Rec. Per. Ass.*, 1992-202; 7-8 1893; *La Loi*, 22-10-1893).

Le deuxième argument est un argument de fait. Les assureurs craignent, lorsqu'ils paraissent au procès, que le montant de la condamnation soit plus élevé et la clause de l'interdiction de l'appel en garantie est une clause analogue à celle longtemps insérée qui défendait

à l'assuré de révéler qu'il était couvert par une société d'assurances et de dire le montant de la garantie accordée. Cet argument est en effet basé sur un phénomène psychologique reconnu. Les juges, lorsque le défendeur est assuré, accordent souvent des dommages-intérêts plus élevés : en effet, « l'assurance peut payer ». De plus, lorsque la garantie de l'assurance est faible et voisine du chiffre de la demande, l'assuré garde à sa charge une partie de l'indemnité à payer. C'est une sorte de pénalité.

L'argument juridique invoqué pour justifier la prohibition de l'appel en garantie est faible. Paul Gent (thèse, Paris, 1911), déclare que « l'interprétation de la Cour de Cassation est fausse, qu'aucun principe d'ordre public ne se trouve dans le Code de procédure civile » pouvant adjoindre aux juges de rejeter tout appel en « garantie qui ne serait pas instamment lié à la demande principale dont ils auraient été saisis ».

La Cour de Cassation a d'ailleurs tempéré sa doctrine en admettant qu'il n'y avait pas déchéance si l'appel n'avait pas pour but une garantie, mais une demande pour forcer la compagnie à remplir ses obligations. (Cass., 5-12-1899, *D.*, 1901-1-457.)

Il faut remarquer que les tribunaux, depuis la loi du 2 janvier 1902, admettent que les juges compétents en matière de contestations relatives au contrat d'assurance sur les accidents soient ceux de l'accident (Grenoble, 12-8-1902, *S.*, 1904-2-206). Aussi, la clause étudiée a perdu beaucoup de sa valeur.

Pour la validité : Besançon, 14-11-1925, *D. H.*, 1926-13.

Le deuxième point a, certes, beaucoup plus de portée. La clause autrefois insérée dans les contrats de respon-

sabilité civile qui défendait à l'assuré de faire connaître l'existence de l'assurance de responsabilité par lui souscrite, a souvent été reconnue valable par les tribunaux, et le contractant qui n'en avait pas tenu compte, frappé de déchéance. (Paris, 28 juin 1887, *D.*, 89-2-38.)

Quoi qu'il en soit, et sous la réserve signalée de l'arrêt de 1899, la clause des polices prohibant l'appel en garantie a été reconnu valable d'une façon générale. (Rouen, 30-11-1883, *Gaz. Pal.*, 84-1-357. — Cass., 10 mai 1909, *Rec. Per. Ass.*, 1909, p. 536.)

Le praticien a cependant à sa disposition un moyen de forcer les compagnies à tenir les engagements de leurs contrats : il lui est, en effet, toujours permis d'actionner sa compagnie d'assurance par voie d'action principale.

CONCLUSION

Nous n'avons pas eu, dans ces quelques pages, la prétention d'énumérer tous les cas d'exclusions contenus dans une police responsabilité civile.

En conclusion, nous devons faire observer que toutes les clauses de déchéance présentant, nous l'avons vu, de nombreux points de contact avec les clauses pénales, sont de droit commun.

Des tribunaux, cependant, ont refusé de reconnaître comme valables les clauses pénales contenues dans le contrat d'assurance. Celles-ci, en général, sont insérées dans les conditions générales des polices, écrites en petits caractères, et dont pratiquement l'assuré ne tient pas compte.

La Cour de Paris (19-12-1849, *S.*, 1850-2-43) s'était basée sur ce fait pour en refuser l'application :

« Attendu que la clause n'est pas écrite, qu'elle n'a pas « été stipulée d'une manière formelle, qu'elle se trouve « dans l'imprimé des polices et a pu facilement échapper « à l'attention de l'assuré. » La Cour de Cassation (1^{er} févr. 1853, *S.*, 1856-1-891) a marqué le revirement de cette jurisprudence.

Il est de jurisprudence constante que les clauses douteuses s'appliquent contre l'assureur. Les déchéances sont de droit étroit, et pour qu'elles puissent être courues, il faut qu'elles aient été nettement stipulées.

Si l'une de celles-ci n'a pas été formellement insérée dans le contrat, l'assureur ne pourra pas rompre ce dernier en la prenant pour prétexte; il ne pourra demander l'annulation de la police que conformément au Droit commun de l'article 1382 du Code civil. (Toulouse, 30 mars 1891, *G. d. P.*, 7-8-1892. — Lyon, 13 juil. 1903, *Rec. Per. Ass.*, 1903-437.)

CHAPITRE III

ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE DU MÉDECIN DU FAIT DE SES AIDES

§ 1 — GÉNÉRALITÉS

La plupart des contrats responsabilité civile des compagnies d'assurance contiennent un article ainsi conçu :

« La garantie de la compagnie ne s'exerce qu'à l'égard du souscripteur de la présente police. Toutefois, à la demande de ce dernier et moyennant une surprime, cette garantie peut être étendue par clause insérée aux conditions particulières aux aides, élèves et garde-malades dont il pourrait être civilement responsable. » (Article 2 des conditions générales du contrat des Assurances Générales.)

Nous avons montré (page 80) qu'une majoration de tarif était prévue pour la garantie des actes occasionnés par ce personnel, et nous avons constaté que la surprime est décomptée d'après le nombre d'aides.

La clause insérée par les compagnies est très nette. La garantie ne s'exerce vis-à-vis des personnes dont le praticien peut être responsable que sous la condition que cette garantie soit exclusivement prévue aux conditions particulières.

La dérogation est consentie sous la forme générale suivante : « La garantie de la compagnie s'étendra au « cas où la responsabilité du médecin serait engagée « du fait de l'aide ou des (ici le nombre) aides qu'il « emploie. »

Cette clause ne comporte donc pas la désignation nominative du personnel employé, pas plus que l'assurance des accidents du travail n'impose cette désignation.

Plusieurs remarques doivent être faites.

La compagnie dont nous étudions le contrat mentionne les aides, les élèves et les garde-malades. Elle ne parle pas des assistants. Un assistant diffère d'un aide en ce sens qu'il est, dans la majorité des cas, un docteur en médecine venu se perfectionner. Il n'est pas un élève tel que l'entendent les milieux médicaux.

Un assistant, un médecin collaborateur de son confrère doit-il et peut-il être compris dans les catégories visées par l'article 2 du contrat étudié?

Cette question n'est pas sans intérêt. Les compagnies d'assurances considérant que l'assistant docteur en médecine encourt une responsabilité propre, ont tendance à vouloir garantir celle-ci par une police spéciale.

Nous avons vu, cependant, en étudiant la responsabilité, qu'un accident pouvait donner lieu à une responsabilité partagée et que, parfois, un praticien pouvait être considéré comme maître de l'ouvrage et pouvait encourir une responsabilité certaine (art. 1384) du fait de ses aides quels qu'ils soient, docteurs en médecine ou non.

D'autre part, nous avons vu, dans un précédent chapitre, que l'assurance devait avoir pour but non seulement d'éviter les conséquences pécuniaires des con-

damnations résultant d'actions engagées à juste titre contre le praticien assuré, mais qu'un contrat bien fait devait le garantir de toutes les conséquences des actions même engagées à tort et non sanctionnées par une condamnation.

Un médecin peut avoir à se défendre dans un procès qu'on lui intenterait et où le demandeur s'appuierait sur l'article 1384 pour un acte commis par un collaborateur lui-même docteur en médecine.

Si l'organisme assureur s'en tient au texte limitatif de l'article 2 précité, il est fondé juridiquement à opposer à son assuré « *ab limine litis* » qu'il ne le garantit en aucune manière des actes commis par son assistant. Le médecin aurait, dans ce cas, non seulement à supporter lui-même les frais de sa défense, sauf à s'en faire rembourser une partie si l'action qui lui est intentée échoue, mais encore à assumer lui-même tous les ennuis de sa défense.

Pour éviter cette solution rigoureuse, l'assuré n'a qu'à faire spécifier, dans les conditions générales du contrat qui sera soumis à sa signature, « la garantie des assistants docteurs en médecine ».

Sous cette réserve, le contrat responsabilité civile du fait des aides, simple extension du contrat personnel du praticien, ne soulève pas de difficultés spéciales en ce qui touche le médecin opérant à son domicile ou dans une clinique privée au personnel réduit.

Par contre, l'assurance de la responsabilité des médecins, chirurgiens et stomatologistes des hôpitaux est plus délicate.

C'est à tort que ceux-ci ne se croient pas responsables des élèves et, d'une façon générale, de tout le personnel hospitalier qu'ils ont sous leurs ordres et

qu'ils dirigent « professionnellement ». Nous avons étudié cette responsabilité et nous avons vu que l'hôpital peut ne pas être responsable des erreurs professionnelles commises par ses employés, dont il n'a que la surveillance administrative et que la responsabilité de l'établissement de soins ne dégage pas complètement, mais se superpose parfois à celle du médecin.

Nous avons vu que, dans certains cas, la responsabilité du praticien d'hôpital restait entière et s'étendait pratiquement à tout le personnel qui est sous ses ordres techniques.

Or, le contrat d'assurance responsabilité exige d'une façon générale que le nombre des aides soit précisé dans les conditions particulières du contrat, les cotisations étant fonction du nombre de ces employés.

En matière de médecins d'hôpitaux, cette prétention ne peut subsister. Les aides et assistants, docteurs en médecine ou non, qui entourent le chef dans son service, constituent un corps interchangeable et leur nombre varie sans cesse. Il faut que les organismes assureurs renoncent, dans ce cas, à l'énumération des aides, et qu'ils établissent un forfait avec une clause analogue à celle que nous avons fait insérer dans différents contrats :

« La garantie de la compagnie couvre la responsabilité que le médecin encoure tant dans l'exercice de sa profession en clientèle privée que dans son service d'hôpital, et elle le garantit contre les conséquences de toutes les actions basées sur son fait personnel et sur celui des différentes personnes qu'il dirige ou emploie.

§ 2 — NATURE DE L'ASSURANCE DES FAUTES D'AUTRUI

L'aide ou l'assistant d'un médecin dans un établissement de soins quelconques (hôpital ou clinique) peut avoir commis une faute personnelle qui peut entraîner la responsabilité du maître de l'ouvrage.

Mais le tribunal peut condamner personnellement l'auteur de la faute ou prononcer une condamnation conjointe et solidaire.

Le contrat d'assurance souscrit par le praticien et qui le garantit contre les conséquences des fautes d'autrui couvre-t-il le paiement des condamnations frappant personnellement l'aide du praticien?

Nous appuyant uniquement sur le caractère du contrat responsabilité civile et sur la rédaction de ces polices, nous ne le pensons pas.

L'assurance garantit la responsabilité d'une seule personne : l'assuré. Mais la police ne contient pas stipulation pour autrui.

L'interne, le collaborateur du médecin, de quelque nature qu'il soit, devra bien se pénétrer de cette idée : dans la majorité des cas, l'assurance qu'aura souscrite le praticien ne lui est pas personnellement applicable, la responsabilité personnelle de l'aide n'est pas garantie (2 juin 1886, *D.*, 87-1-30).

Nous retrouverons cette idée en matière de responsabilité civile des automobilistes.

Un médecin remplacé a fait insérer dans un contrat couvrant ce risque, une clause généralement rédigée de la façon suivante : « L'assuré se réserve la faculté de « faire conduire sa voiture automobile par toute personne munie d'un permis de conduire ». Le remplaçant croit pouvoir circuler sans crainte, s'estimant

garanti par la police du médecin remplacé. Telle n'est cependant pas la réalité. Le contrat a pour but de couvrir la responsabilité civile de l'assuré, responsabilité qui est essentiellement personnelle. Or, nombreux sont les arrêts et jugements qui ont fait une discrimination entre la responsabilité du propriétaire de la voiture et celle du conducteur. (Cass., 22 nov. 1924, *Gaz. Trib.*, 1925-1-93. — Cass., 15 juin 1926, *Gaz. Trib.*, 27 août 1926. — Trib. Civ. Seine, 23 juil. 1928, *Gaz. Pal.*, 2 oct. 1928.)

Aussi, pour que l'assurance responsabilité auto contienne une stipulation pour autrui et garantisse la responsabilité personnelle du remplaçant conducteur de la voiture, quelques compagnies consentent à insérer dans les dispositions de leurs polices la formule suivante : « La garantie du présent contrat est acquise à tout conducteur de la voiture. Cependant, dans le cas où une autre compagnie garantirait personnellement le dit conducteur, la garantie du présent contrat ne jouera qu'après épuisement des sommes prévues par ailleurs. »

L'assuré qui fait insérer dans sa police une telle clause, conclut en faveur du conducteur une véritable stipulation pour autrui. Celle-ci est pleinement valable, en vertu de l'article 1121 du Code civil, puisqu'elle est condition de la stipulation que l'assuré fait à son propre bénéfice.

Dans sa police responsabilité médicale, le praticien devra prendre soin de faire insérer une clause analogue. Elle précisera que « la responsabilité personnelle des assistants, aides, internes, externes, etc., sera garantie au même titre que celle du médecin titulaire du contrat ».

Cette clause doit être particulièrement exigée par les médecins employés dans des cliniques, sanatoria ou hôpitaux privés. Ces établissements sont généralement assurés et leurs collaborateurs croient qu'« ipso facto » la responsabilité qu'ils encourent personnellement est garantie.

Dans la grande pratique courante, il n'en est rien en l'absence de cette clause. La responsabilité civile de l'établissement sera prise en charge par l'organisme assureur; celle du médecin, du collaborateur, ne sera pas couverte.

CHAPITRE IV

L'ASSURANCE DES COLLABORATEURS DU MÉDECIN CONTRE LES ACCIDENTS DU TRAVAIL

Nous avons vu au chapitre 3, titre I, que le personnel du médecin était, suivant les cas, soumis ou non à la législation des accidents du travail et qu'il avait toujours la possibilité de s'y assujettir.

L'assurance que le médecin doit contracter pour couvrir la responsabilité qu'il encourt de ce chef, pourra prendre deux formes, suivant qu'il y aura ou non assujettissement : l'assurance collective loi et l'assurance mixte.

§ 1 — LA POLICE « COLLECTIVE »

Nous ne nous attardons pas à étudier ce contrat, analogue à tous les contrats que souscrit chaque patron dont le personnel est soumis à la législation des accidents du travail.

Cette police diffère de la police de responsabilité en ce sens que l'ouvrier a un recours direct contre la compagnie d'assurance et que celle-ci ne peut lui opposer les exceptions qu'elle est parfois en droit de formuler contre le souscripteur du contrat.

La police dite « collective-loi » est soumise à toutes

les règles du contrat d'assurance : c'est un contrat de bonne foi et l'assuré ne doit faire ni fausses déclarations, ni réticences susceptibles de diminuer la gravité du risque dans l'appréciation de l'assureur.

Les cotisations sont calculées généralement sur le montant des rémunérations payées au personnel, ces dites rémunérations devant servir de base à l'attribution des prestations légalement dues à l'ouvrier en cas d'accident. Comme il est difficile de déterminer à l'avance le montant total de ces rémunérations, les compagnies d'assurance demandent à l'assuré une provision, et celui-ci régularise la situation en fin d'année.

Toutefois, nous devons signaler une situation spéciale à la classe médicale. Il peut arriver que le praticien emploie des collaborateurs qui ne jouissent que d'un traitement modeste. Les internes de cliniques privées bénéficient souvent d'avantages en nature, mais leurs émoluments sont peu élevés, l'interne faisant en quelque sorte son apprentissage.

Si ce personnel est assujéti à la législation des accidents du travail, les indemnités qu'ils en retireront seront si faibles, qu'un tribunal, lors de la fixation de la rente en cas d'incapacité permanente du travail, évaluant à un prix plus élevé qu'il n'a été prévu les salaires en nature, peut baser cette rente sur un salaire supérieur à l'estimation faite par le chef d'entreprise, estimation qui a servi de base au calcul de la prime.

C'est pour remédier à ces inconvénients que des sociétés d'assurances consentent souvent à insérer, dans les dispositions particulières de leurs polices, une clause ainsi conçue, dite « clause du tribunal » : « Dans le cas où un tribunal condamnerait l'assuré à payer

« à son employé des indemnités ou rentes basées sur
« un salaire supérieur à celui indiqué, la compagnie
« prendra à sa charge la totalité des dites indemnités
« ou rentes, mais l'assuré supportera un supplément
« de prime proportionnel au supplément du dit salaire,
« ce pour l'année dans laquelle se sera produit l'acci-
« dent et les années suivantes. »

L'assujettissement à la législation sur les accidents du travail débarrasse le praticien du fardeau de la responsabilité illimitée du droit commun. Si l'assujettissement n'existe pas, comment peut-il, malgré tout, se garantir?

Par la police mixte.

§ 2 — POLICE « MIXTE »

Pour garantir la responsabilité qu'il encourt vis-à-vis de son personnel non assujetti aux lois sur les accidents du travail, le médecin a à sa disposition deux moyens :

L'assurance responsabilité civile, et l'assurance individuelle (1) de ses aides.

Ces deux contrats, ces deux garanties, sont réunis dans l'assurance mixte.

Dans le contrat de responsabilité civile tel que nous l'avons étudié plus haut, le praticien peut faire insérer une formule précisant que la garantie de la Compagnie lui est acquise même en cas de responsabilité de droit commun qu'il peut encourir vis-à-vis de son personnel.

La police mixte est plus large que la simple police

(1) Nous renvoyons, pour l'étude de la police individuelle, au chapitre traitant cette question.

responsabilité. En effet, deux cas peuvent se présenter : Ou le praticien est responsable, l'aide ayant été blessé par sa faute, ou il ne l'est pas.

Dans le premier cas, le praticien est couvert par la police mixte qui couvre sa responsabilité, dans la seconde hypothèse, la police mixte garantit au blessé, comme une police individuelle, des indemnités forfaitaires, payées en dehors de toute faute patronale.

Les indemnités prévues peuvent être, suivant les cas, des indemnités analogues à celles de la police individuelle (voir page 182), soit (et la majorité des contrats sont de ce type) des prestations analogues à celles prévues par la législation des accidents du travail.

La nature du contrat mixte a été longtemps débattue en doctrine et en jurisprudence. Certains tribunaux ont soutenu que le fait, par le patron, de souscrire un contrat de ce genre, réalisait une gestion d'affaire (Cass., 14 août 1883, *Gaz. Trib.*, 19 août 1883 et 1^{er} juil. 1885, *D.*, 86-1-201; *contra* : Cass., 28 juil. 1884, *D.*, 85-1-168). D'autres tribunaux ont vu dans cette police un quasi contrat (Sarpentras, 1^{er} déc. 1883; Nîmes, 13 mai 1884, *S.*, 85-2-202). D'autres enfin, ont déclaré que la police mixte constituait une stipulation pour autrui (Amiens, 6 janv. 1886, *Assurance Moderne*, 86, page 261).

Cette question n'offre plus maintenant qu'un intérêt relatif.

La police mixte n'est presque plus employée, car les lois sur les accidents du travail étendent de plus en plus la liste des bénéficiaires obligatoires.

CHAPITRE V

L'ASSURANCE PAR LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES

L'assurance peut être réalisée par deux organismes distincts : par les sociétés commerciales d'une part, par les organisations mutuelles d'autre part.

D'après M. Cadère, toute assurance devrait être mutuelle et mutuelle professionnelle. Cette question est très controversée. Elle est indiscutable dans son principe, mais, en fait, certaines compagnies d'assurances commerciales consentent des taux de cotisations inférieures à la « valeur » d'un risque dans un but de propagande, afin d'attirer vers elle l'universalité des risques, les bons et les mauvais, ceux-ci compensant ceux-là (1).

La mutualité professionnelle ne peut se permettre une telle façon de faire. Nous pourrions citer en exemple la création d'une mutuelle des courtiers en diamants qui, jusqu'à présent, n'a pu aboutir et qui ne

(1) On cite souvent des Compagnies d'assurances contre l'Incendie dont les statistiques font ressortir de très grosses pertes sur des risques industriels et qui se rattrapent sur de bons risques payant au-dessus de leur valeur (risques garage avec dépôts d'essence, 0,90 0/00 du capital assuré, et risques de simples particuliers, 0,75 0/00).

semble pas sur le point d'entrer dans la phase réalisatrice, étant forcée de demander des taux trop élevés, correspondant à un risque très dangereux et non amélioré par l'assurance d'un bon risque voisin.

Par contre, la mutuelle, lorsqu'il ne s'agit pas de très mauvais risques, et particulièrement la mutuelle professionnelle, semble présenter de grands avantages. On dit qu'elle règle les sinistres et qu'elle applique les clauses des contrats « en équité », là n'est pas sa caractéristique.

Des compagnies commerciales, heureusement encore nombreuses, paient d'une façon remarquable quelquefois là même où leurs contrats leur donneraient la possibilité juridique de ne pas payer. Elles se servent de ces règlements comme de la meilleure réclame.

L'avantage d'une mutuelle, et principalement d'une mutuelle médicale, est d'apprécier parfaitement les risques dont elle assume la charge. Connaissant les desiderata de ses adhérents, elle peut répondre à leurs besoins, elle peut s'y adapter.

Si les compagnies mutuelles sont nombreuses dans le marché de l'assurance (plus de deux cents), les mutuelles professionnelles le sont beaucoup moins. A peine une vingtaine.

Si l'on ne fait pas entrer en ligne de compte les sociétés mutuelles dites « médicales », dont l'objet s'est trouvé détourné de son but primitif, seule la société « Le Sou Médical » doit retenir notre attention (1).

(1) L'Association Internationale des Médecins fait procéder en ce moment à une enquête internationale au sujet des Mutuelles Médicales.

Elle fut fondée en 1905, par les mêmes médecins qui fondèrent la Mutualité du Corps médical français (voir titre III).

En 1919, les membres inscrits à ce groupement étaient 2.008; en 1922, ils étaient déjà 3.289; en 1927, il atteignaient le chiffre de 5.129, pour être près de 6.000 en 1930.

Le caractère de la Société « Le Sou Médical » est assez complexe. D'un côté, s'interdisant tout bénéfice, ce groupement est mutualiste, mais en raison de ses buts, il ne peut pas rentrer dans le cadre strict de l'assurance. Il le dépasse largement. C'est une organisation syndicale.

Cette ligue de défense, appelons-la ainsi, puisqu'elle-même a pris ce titre, a pour but « de fournir son influence, ses conseils juridiques avec consultations « d'avocats spécialisés, son appui moral et, s'il y a lieu, « pécuniaire, à ceux de ses membres qui se trouvent « raient menacés dans les intérêts qui découlent de leurs « droits professionnels dont la solution intéresse le « corps médical tout entier (art. 2 des statuts, § 2).

« En outre, elle couvre chacun de ses adhérents « contre les actions civiles en responsabilité qui pourraient « lui être intentées pour des actes cliniques ou « thérapeutiques accomplis par lui jusqu'à concurrence de la somme fixée chaque année par l'assemblée générale, et ce, au moyen de la caisse de garantie « instituée à cet effet » (art. 2 des statuts, § 3).

De la lecture des statuts, nous voyons que le rôle du « Sou Médical » est double. D'un côté, il se rapproche beaucoup des contrats récemment émis par des organismes d'assurance en matière d'accidents d'automobiles: polices D.A.S.-P.A.S., contrats « Défense juri-

dique des Agriculteurs ». D'un autre côté, il pratique l'assurance proprement dite de la responsabilité civile.

Le rapport du secrétaire général, à la dernière assemblée du « Sou Médical », montre bien cette dualité de rôles :

« Je tiens essentiellement à dégager cette idée que « l'activité du « Sou » ne se borne pas, comme les assurances, à n'intervenir que lorsque le praticien est « poursuivi en justice pour responsabilité professionnelle. Bien au contraire, je viens démontrer que la « véritable utilité du « Sou » est, à côté de la sécurité « contre la responsabilité, la possibilité de collaborer « étroitement avec nos adhérents pour qu'ils puissent « attaquer et faire valoir leurs droits. »

Etudier les modalités de la défense des intérêts généraux du médecin par le « Sou Médical », les procès de plus en plus nombreux qu'il a soutenus pour faire rendre justice à ses membres, serait sortir du cadre que nous nous sommes tracés.

Nous voulons limiter cette brève étude à l'assurance de la responsabilité proprement dite.

Celle-ci est réalisée au sein du « Sou Médical » par sa caisse de garantie.

D'après l'article premier du règlement de cette caisse : « Elle a pour but de couvrir les membres du « Sou Médical contre les actions en responsabilité qui « pourraient lui être intentées devant la juridiction « civile ou les juridictions répressives à l'occasion des « actes médicaux, chirurgicaux, de spécialistes ou « pharmaceutiques (art. 27 de la loi du 21 germinal, « an XI) accomplis personnellement dans l'exercice « régulier et normal de leur profession.

« Cette garantie est donnée jusqu'à concurrence de

« la somme fixée chaque année par l'assemblée générale (art. 2). »

La formule présentée par cette caisse de garantie n'est pas de l'assurance pure. Elle présente sur celle-ci de nombreux avantages, mais soulève par contre quelques critiques.

Pour le médecin subissant une action en responsabilité civile, le « Sou Médical » présente l'avantage de le défendre avec une largeur d'esprit que ne présentent pas, que ne peuvent pas présenter les compagnies d'assurance.

Avant tout organisations commerciales, celles-ci n'envisagent la garantie qu'elles accordent que du point de vue pécunier, alors qu'une organisation comme celle que nous étudions suit l'affaire au point de vue professionnel, au point de vue de la répercussion que le procès peut avoir sur l'ensemble de la corporation.

Pour l'organisme assureur, l'assuré n'est qu'un individu isolé, un client susceptible de procurer un gain, et c'est normal. Pour une organisation professionnelle comme le « Sou », le sociétaire est un membre de la grande famille. Elle le défend avec la même foi, le même enthousiasme qu'il le ferait lui-même.

Par contre, les médecins qui veulent voir en le « Sou Médical » une assurance, se trompent. Cette société ne peut déroger de façon individuelle à ses statuts. D'autre part, envisageant la garantie du praticien comme un phénomène d'ordre moral autant que pécuniaire, la garantie qu'elle accorde l'est strictement « intuitu personæ », et les aides du praticien, s'ils ne font pas eux-mêmes partie du « Sou Médical », ne sont point assurés. Enfin, dans les termes de ses statuts, elle n'est pas tenue d'accorder sa garantie au praticien pour

les conséquences dommageables de crimes ou de délits, et, ce qui est en opposition avec la loi du 13 juillet 1930 que nous avons étudiée par ailleurs, elle ne couvre pas « les condamnations résultant de toutes violations des lois ainsi que de tous faits portant atteinte « à la dignité professionnelle ou à l'honneur ».

L'assurance commerciale, elle, ne fait pas de morale. La morale et le droit sont deux choses différentes. La dignité professionnelle et l'honneur sont des phénomènes psychologiques qui varient avec les individus. Il est difficile de trouver un criterium de ces entités. Malgré de nombreux essais, il n'existe pas encore de code de déontologie, et un Conseil de l'Ordre des Médecins, dont le projet est d'ailleurs fortement critiqué par le plus grand nombre de ses ressortissants éventuels, serait lui-même impuissant à en dresser les lois.

L'assurance est une chose, la morale en est une autre. Le législateur lui-même a sanctionné cet axiome en créant des obligations sans moyen de contrainte : « Les obligations naturelles ».

Un contrat d'assurance doit se baser sur des faits précis. Il doit avoir un point de départ plus solide que les mots généreux de dignité et d'honneur. Loin de nous l'idée de rejeter de tels sentiments; nous voulons simplement montrer qu'il est dangereux de laisser à des hommes faillibles la faculté de juger en leur âme et conscience. Il est éminemment souhaitable de juger d'après des textes.

Le « Sou Médical » a raison d'insérer cette formule dans les statuts de la Ligue de défense proprement dite. Mais peut-être sera-t-il amené à modifier les statuts de sa caisse de garantie.

Quoi qu'il en soit, cette société ajoute à l'idée d'as-

surance un élément moralisateur, absent en général de tous les contrats de ce genre.

Si le juriste, en étudiant les statuts de la caisse de garantie, se devait d'en signaler les quelques inconvénients juridiques ou lacunes, le moraliste ne peut que se réjouir de telles associations qui, tout en se dévouant à la cause professionnelle, introduisent dans cette dernière un élément de haute conscience et de dignité dont on doit souhaiter la généralisation.

TITRE II

Nous avons montré dans l'introduction de ce travail que le risque direct pouvait se diviser en deux parties : dangers menaçant le capital richesse du travailleur, et dangers menaçant le capital travail de ce dernier.

L'assurance de ces risques correspond à ce qu'on appelle l'assurance des choses et l'assurance des personnes.

Or, le médecin, quant à son capital richesse que l'on pourrait encore appeler capital réel, encourt à peu de choses près les mêmes risques qu'un autre travailleur. Si ceux-ci varient en intensité (danger de bris d'un instrument, par exemple), leur essence reste la même, quelque soit la profession envisagée.

Aussi le contrat garantissant ce capital sera-t-il toujours semblable au droit commun. (Contrat incendie, contrat vol, contrat dégât des eaux, etc.)

Certes, même dans ces polices d'assurance, des différences pourront, devront même exister. Certaines dispositions spéciales y seront insérées pour préciser les dangers intrinsèques de tel ou tel instrument, les conditions de leur garantie, etc., mais ces clauses particulières du contrat, ces modalités ne tiendront pas à la nature de la profession, mais à celle des instruments.

Par contre, l'assurance du capital travail d'un individu, c'est-à-dire de son aptitude à produire, sera fonction directe de la profession exercée.

Chaque métier entraîne des risques différents, les

polices les garantissant auront des primes différentes, des garanties spéciales, des modalités de preuve dissemblables.

Ne visant dans ce travail qu'à étudier les dispositions d'assurances spéciales à la profession médicale, seule la garantie du capital-travail du praticien devra nous retenir.

N'est-ce pas d'ailleurs cette assurance qui intéresse le plus le travailleur, après celle de la responsabilité civile? (Voir page 73.)

Si le capital-richeesse peut se reconstituer par le travail, la suppression de l'activité professionnelle tarit inmanquablement les revenus professionnels. Le capital-travail est facteur de richesse individuelle et de richesse sociale.

Il n'est pas besoin de délimiter l'étendue du risque pouvant atteindre le praticien dans son activité.

Infection, inoculation contractée au chevet d'un malade, affections auxquelles le médecin de campagne est plus sujet que d'autres, lorsqu'appelé à tout heure du jour, il s'expose à des températures extrêmes, dangers intrinsèques des instruments (appareils à rayons X), risques de circulation intensive en automobile, etc., tous ces périls ne relèvent pas du domaine juridique, et leur étude approfondie pourrait se ramener à une nomenclature difficile à réaliser et devant toujours être mise à jour (1).

Néanmoins, ils peuvent rentrer dans deux groupes généraux quant à leur réalisation : l'accident, et la maladie ; et les conséquences qu'ils entraînent, se

(1) Voir, pour l'étude des risques, les statistiques du docteur Mignon, à la fin de ce travail.

ramènent à trois catégories : le décès, l'incapacité permanente totale ou partielle, et l'incapacité temporaire de travail.

Nous étudierons dans un chapitre premier l'assurance du décès par le contrat vie.

La garantie des conséquences de l'accident par la police « individuelle » fera l'objet du second chapitre.

Le troisième sera réservé à l'étude de la garantie des maladies.

Dans un chapitre IV, nous examinerons un contrat de nature spéciale participant de deux polices, individuelle et maladie : le contrat complémentaire.

De même que nous avons étudié l'assurance de responsabilité du médecin par les organisations professionnelles médicales, notre chapitre V sera consacré aux mutuelles du même ordre couvrant le praticien contre les risques qui le peuvent atteindre dans son capital travail.

CHAPITRE PREMIER

ASSURANCES SUR LA VIE

§ 1 — GÉNÉRALITÉS

Lorsque l'on consulte les tarifs d'une compagnie d'assurances sur la vie, on constate que les contrats peuvent revêtir de nombreuses modalités. Il faudrait un volume entier pour les étudier en détail.

Assurance vie entière, sur une seule tête, avec prime temporaire ou prime viagère,

Assurance vie entière sur deux têtes,

Assurance mixte sur une ou deux têtes,

Assurance mixte à prime décroissante,

Assurance complète avec bénéfices accumulés,

Assurance à terme fixe,

Assurance temporaire,

Assurance dotale avec contre-assurance,

Assurance familiale,

Assurance de capital différé, avec ou sans contre-assurance,

sont quelques-unes des combinaisons que les compagnies mettent à la disposition de leurs assurés. Et la liste s'allonge avec chaque société. Chaque organisme assureur cherche des formules nouvelles et adapte de façon différente les calculs de ses actuaires.

Ecartons de prime abord l'étude des rentes viagères, qui sont des opérations spéciales et dont les nombreuses modalités ne soulèvent aucune difficulté d'application.

Toutes les combinaisons énumérées plus haut peuvent se ramener à deux groupes :

1° L'assurance en cas de décès, par laquelle un bénéficiaire désigné au contrat recevra une somme stipulée en cas de décès de la personne assurée;

2° L'assurance en cas de vie, qui a pour objet d'attribuer un capital déterminé, sous la condition que la personne garantie soit vivante à une date préfixée.

Ces deux types d'assurances peuvent d'ailleurs se combiner, et le contrat mixte, l'un des plus pratiqués à l'heure actuelle, garantit d'une part le capital prévu si l'assuré décède pendant la durée de la police, et d'autre part le paiement de ce même capital à l'assuré lui-même, au terme préfixé.

§ 2 — MODALITÉS D'APPLICATION DE CES CONTRATS DANS LA PROFESSION MÉDICALE

Une police d'assurance sur la vie doit, plus que tout autre contrat, être adaptée aux besoins de son souscripteur. Sa forme peut varier suivant la profession, le caractère libéral de celle-ci, suivant l'âge et les charges de famille du contractant. Tout un faisceau de facteurs intervient ayant pour but de faire souscrire par un individu déterminé une assurance adéquate.

Le contrat d'assurance sur la vie est, suivant une formule classique, « une mesure de prévoyance ».

Celle-ci, dans la plupart des cas, est associée au facteur économie, puisque, dans l'assurance mixte par exemple, l'assuré ou ses ayants-droit doivent nécessairement toucher le capital stipulé à une période plus ou moins lointaine.

C'est l'incertitude de cette période qui constitue le

facteur « risque », facteur qui intervient pour réduire le taux de l'intérêt qui, tel qu'il résulte du contrat, apparaît comme étant très inférieur aux intérêts capitalisés que l'individu pourrait retirer d'un simple placement dans un organisme bancaire.

Cette perte d'intérêt est la juste compensation de l'élément aléatoire que renferme l'assurance sur la vie.

Supposons un médecin jeune, sans famille, qui s'installe. Quel genre d'assurance peut-il adopter?

A notre avis, c'est un contrat lui garantissant, à un âge déterminé, une retraite ou mieux encore un certain capital, qu'il emploiera à ce moment-là au mieux de ses intérêts.

Ce type de contrat, qui est l'assurance de capital différé, est en somme le contrat « économie » par excellence.

Si ce même médecin crée une famille, il lui faudra adopter une autre forme d'assurance, telle que le contrat mixte déjà étudié.

Si le praticien est relativement âgé, lorsqu'il se décide à souscrire un contrat vie, les primes qui lui seront demandées pourront grever très lourdement son budget. C'est pourquoi, s'il désire voir les siens à l'abri du besoin, après qu'il aura disparu, il peut souscrire une assurance vie entière, à prime viagère ou à prime temporaire.

Nous ne voulons pas passer en revue toutes les combinaisons qui s'offrent à l'assuré éventuel. Signalons toutefois une des dernières formules apparue sur le marché de l'assurance : le contrat familial. Ce dernier est basé sur le principe que la somme payée aux ayants-droit de l'assuré peut être constituée soit par

l'octroi d'un capital, soit par le bénéfice d'une rente, cette dernière étant destinée à l'éducation des enfants mineurs, s'il y en a.

L'assurance familiale garantit un capital payable à une date déterminée à l'avance, que l'assuré soit vivant, ou non, à cette époque. Toutefois, si le décès de l'assuré survient avant le terme du contrat, une rente, qui varie entre 5 et 10 % du capital assuré, est servie aux ayants-droit, pendant toute la période restant à courir avant l'arrivée du terme, le capital restant payable à cette époque.

Cet exemple nous montre le degré de complexité auquel l'assurance vie a atteint.

Le choix de tel mode d'assurance plutôt que de tel autre est un cas d'espèce qui doit être étudié isolément.

§ 3 — AVANTAGES DE LA POLICE VIE DANS LA PROFESSION MÉDICALE

Nous avons rapporté plus haut que l'assurance vie est une mesure de prévoyance et d'économie. Ce truisme est fondé; mais ce type de contrat remplit encore un autre but, et c'est la raison pour laquelle nous avons cru devoir y consacrer quelques pages dans l'étude de la garantie du risque professionnel : *l'assurance sur la vie tient la place du capital « travail » de l'individu qui l'a souscrit.*

Une police d'assurance sur la vie est un instrument de crédit merveilleux. Qu'il s'agisse de l'achat d'une clientèle médicale, d'un cabinet dentaire, ou d'une officine de pharmacien, ce contrat permet à l'acheteur de ne pas se libérer en totalité du prix de l'achat et d'obtenir un crédit réel.

Souvent, le vendeur pourrait ne pas consentir des délais de paiement, car le crédit personnel ne vaut que par la vie de l'individu à qui le crédit est accordé, et l'on peut craindre qu'un décès prématuré ne rende la créance irrécouvrable, si la succession n'est point suffisamment forte.

Or, l'assurance sur la vie peut constituer une valeur considérable, qui peut être utilisée comme moyen de crédit ou employée à une libéralité. A. DE MIRIMONDE (*Manuel pratique des Ass.*), dans l'étude qu'il fait de ce contrat, déclare que, « suivant les cas, une police d'assurance sur la vie peut donner lieu à cession, gage, nantissement, donation, leg ».

M. SUMIEN (*Traité des Assurances Terrestres*) conclut lui aussi que « l'assurance sur la vie représente une certaine valeur consistant contre la compagnie en une créance bénéficiaire lorsqu'il l'a régulièrement accepté et que le titulaire peut céder, comme toute créance, soit à titre gratuit, soit à titre onéreux, en pleine propriété ou en garantie et dans les buts les plus divers, pourvu que la cause d'attribution n'ait rien de contraire à l'ordre public ou aux bonnes mœurs » (1).

Le transfert d'une telle police se fait par les modes de droit commun pour les transports de créances, et les formes varieront suivant la forme du contrat. Celui-ci peut être nominatif, il peut être à ordre. Dans le premier cas, c'est le transport cession. (Voir : Angers,

(1) Même l'assurance contractée au profit d'une concubine et au sujet de laquelle les héritiers invoquaient la cause illicite (art. 131 Code Civ.), a été la plupart du temps validée par des tribunaux (Paris, 5 mai 1926. *Mon. Ass.*, 1926, p. 667).

28 déc. 1881, *D.*, 83-2-105. — Douai, 3 juin 85, *D.*, 88-1-77. — Riom, 13 juil. 95, *Journ. Ass.*, 97-208.)

Si la police d'assurance est à ordre, le police se transmet par voie d'endossement. (Cour de Paris, 18-12-1920, *Mon. des Ass.*, 1921, p. 181. — Cass., 18-1-1922, *Mon. des Ass.*, 1922, p. 167.)

L'article 61 de la loi sur le contrat d'assurances du 13 juillet 1930 déclare : « La police d'assurance sur la vie peut être à ordre. Elle ne peut être au porteur. « L'endossement d'une police d'assurance sur la vie à ordre doit, à peine de nullité, être datée, indiquer le nom du bénéficiaire de l'endossement et être signé de l'endosseur. »

En pratique, lorsqu'il s'agit d'une opération à titre onéreux, les compagnies demandent souvent l'envoi de la police en communication, et toutes les indications concernant le cessionnaire, la nature de la cession garantie, la notification de la personne tenue du paiement des primes, sont constatés par avenant.

Généralement même, lorsqu'il ne s'agit que d'un simple changement de bénéficiaire, les compagnies demandent que cette modification soit portée à leur connaissance par écrit et en double exemplaire (contrat du Lloyd de France).

L'assurance vie représentant le capital « travail » d'un individu, il peut donc compenser la perte que peut subir le créancier du fait du décès du débiteur. C'est pourquoi le contrat d'assurance sur la vie, souscrit au profit du signataire, est endossé fréquemment, pour servir de gage à un créancier, qui a ainsi une garantie réelle.

Même, cette assurance peut être souscrite par une autre personne que celle sur laquelle elle repose.

L'assurance sur la vie peut être utilisée par une entreprise, à qui le décès d'un directeur peut causer un grand préjudice. Elle peut être souscrite par deux associés qui savent que, par le décès de l'un d'eux, les droits de la veuve sur l'association causeront de graves troubles dans la gestion de celle-ci. Ces derniers sont évités, en pratique, par la souscription de deux contrats reposant chacun sur la tête de l'autre. Le capital payé au décès du pré-mourant servira à dédommager la famille du décédé, l'associé survivant restera le seul maître de l'affaire jadis commune.

Deux copropriétaires de maisons de santé peuvent employer ce procédé d'assurance, deux dentistes, etc. Cette façon de faire est juridiquement inattaquable.



Le capital, bien que souscrit à l'ordre d'un tiers, tombe-t-il dans la succession du décédé?

La question fut débattue assez longuement. Les créanciers d'une personne décédée soutenaient qu'il faisait partie de la masse. Au point de vue pratique, en effet, il aurait suffi à une personne de se rendre insolvable en payant de fortes primes d'assurance, pour échapper au paiement de ses dettes.

La Cour de Cassation, prise entre les intérêts respectables des créanciers et héritiers, et la nécessité de conserver à l'assurance sur la vie son caractère d'acte de prévoyance, avait, par une jurisprudence formelle, reconnu au bénéficiaire du contrat un droit propre, immédiat et direct contre l'assureur (16-1-1888, *S.*, 88-1-121, 6-2, 8-2, 22-2 et 27-3 1888, *D.*, 88-1-193 et *D.*, 89-1-118).

Deux restrictions furent faites à cette thèse : La jurisprudence avait parfois décidé que le capital souscrit au bénéfice des héritiers ou ayants-droit naturels tombait dans la masse successorale (Cass., 20-12-1876, *D.*, 77-1-504, 27-11-1879, *D.*, 79-1-230; Paris, 8-7-1904, *D.*, 1906-2-13). La deuxième dérogation concernait l'assurance contracté au profit d'enfants nés ou à naître. Dans ce cas, la Cour de Cassation avait jugé que le capital devenait un simple acte successoral si les enfants n'étaient pas encore conçus (Cass., 24-2-1902, *D.*, 1903-1-433, note Dupuich); en effet, le bénéficiaire d'un contrat doit être une personne déterminée, c'est-à-dire un individu dont la personnalité ne peut faire de doute au moment où la désignation intervient.

La loi du 30 juillet 1930 a, dans son article 67, tranché la difficulté, en déclarant que « les sommes stipu-
« lées payables lors du décès de l'assuré à un bénéfi-
« ciaire, quelque soit la forme et la date de sa désigna-
« tion, ce dernier est réputé y avoir seul droit à partir
« du jour du contrat, même si son acceptation est pos-
« térieure à la mort de l'assuré ». L'article 67 et l'article 68 précise même que les sommes payables lors du décès de l'assuré, à un bénéficiaire déterminé, ne sont soumises ni aux règles du rapport à succession, ni à celles de la réduction pour atteinte à la réserve des héritiers de l'assuré.

Ayant déclaré par ailleurs que la notion du bénéficiaire doit simplement avoir pour base l'existence de ce dernier au cours de l'acceptation de la police, acceptation qui peut avoir lieu même après le décès du souscripteur, pourvu qu'elle soit faite dans les trois mois du décès (art. 64) et que « l'assurance faite au profit de
« la femme de l'assuré profite même à la personne qu'il

« épouse même après la date du contrat » (art. 63), on voit que la solution législative donnée aux différents problèmes que nous venons d'énumérer rend presque inattaquables les droits du bénéficiaire.

Mais avec ce nouveau texte, la crainte évoquée par la jurisprudence acquerrait une nouvelle force : le droit légitime du créancier peut, par la police d'assurance sur la vie, subir une forte atteinte.

Aussi la loi du 13 juillet 1930, dans son article 68, sauvegarda le droit des créanciers ou des héritiers directs si la police avait pour but de frauder la loi successorale ou de faire échapper ses biens aux créanciers, et elle précise « que la règle de non rapport à la « masse des sommes payées ne s'applique pas aux « sommes versées à titre de primes, à moins que celles-ci n'auraient été manifestement exagérées eu égard « à ses facultés », et (article 69) « que les articles « 1167 C. C., 446 et 447 C. Com, peuvent toujours s'appliquer ».

§ 4 — LES CLAUSES DE L'ASSURANCE SUR LA VIE

A) *Les tarifs.*

Les tarifs des compagnies d'assurance sur la vie sont uniformes, quelles que soient les compagnies, puisqu'ils sont fixés par l'Etat.

Il n'en fut pas toujours de même. La concurrence entre les compagnies d'assurances avait amené l'avisement des primes, qui, ne correspondant plus aux risques encourus, amenèrent des perturbations qui causèrent la faillite de différentes sociétés.

Or, lorsqu'une compagnie, assurant les risques divers, ne peut faire face à ses engagements, seuls les

assurés, dont les sinistres n'ont pas encore été réglés, en supportent les conséquences. Mais lorsque c'est une compagnie d'assurance sur la vie qui périclité, tous les assurés, quels qu'ils soient, éprouvent un dommage à divers degrés, puisque nous avons vu que l'assurance sur la vie est, dans la majorité des cas, assimilable à une épargne. Aussi, depuis la loi du 17 mars 1905, l'Etat impose-t-il : 1° une prime minima, fixée d'après les tables de mortalité approuvées ; 2° une réserve légale fixée d'après l'étendue du risque couvert et représentant mathématiquement l'argent destiné à être réparti aux assurés.

Cependant, les tables fixant la morbidité sont vieilles. Depuis leur élaboration, de grands progrès ont été faits, tant dans l'art de soigner que dans l'hygiène des peuples. La vie humaine, la moyenne de l'existence s'accroît. D'autre part, il est bien évident que les organismes assureurs sélectionnent ce risque par l'examen médical qu'ils imposent pour toute assurance dépassant un capital déterminé (1). Aussi, les tables se sont-elles trouvées faussées et les bénéfices réalisés par les sociétés furent-ils importants. Les compagnies ont cherché le moyen d'en ristourner une partie sur les assurés. Elles réalisèrent cette ristourne de deux façons : 1° certaines d'entre elles prévoient explicitement une répartition d'une partie de ces bénéfices à leurs assurés ; 2° d'autres compagnies ont préféré se montrer plus libérales dans les conditions générales de leurs contrats et dans les conditions d'émission de ceux-ci.

(1) En principe, seule l'assurance populaire dont le capital est inférieur à 10.000 francs est dispensé de l'examen médical, mais un délai de carence est alors imposé.

B) *Le suicide.*

Maintenant, les sociétés, en général, n'excluent plus le suicide conscient ou inconscient. Cette différenciation spécieuse ne figure plus que dans quelques contrats. Le suicide est couvert sous la restriction d'un délai de carence qui variait entre un et trois ans, mais que la loi du 13 juillet 1930 a ramené, par son article 62, à deux ans au minimum.

C) *Homicide.*

Si le suicide, sous réserve du délai de carence, est garanti, que devient le capital en cas d'homicide?

Certains contrats vie précisent que si l'assuré perd la vie par le fait du bénéficiaire, le capital assuré n'est point dû.

Cette règle paraît être en accord avec la logique. Il serait immoral et contraire à l'ordre public que l'auteur d'un meurtre trouve un intérêt direct et reconnu par le contrat à commettre ledit crime. Il est juste, si le meurtre est volontaire, que le droit commun s'applique et que le capital assuré tombe dans la masse successorale du de cujus, mais il n'y a pas de raison, si le meurtre est involontaire (par accident d'auto par exemple) pour enlever au bénéficiaire un droit qui lui était acquis.

Les compagnies, par la loi du 13 juillet 1930 (art. 79), sont forcées de renoncer à cette clause désuète et l'on ne verra plus de procès comiques comme celui qui est actuellement pendant :

Une personne prévue comme bénéficiaire d'un contrat d'assurance a tué le titulaire du contrat; mais la police a été donnée régulièrement en gage à des créanciers. Malgré ce gage, la compagnie ne veut pas

admettre que le bénéficiaire a changé « ipso facto » et refuse de payer!

Pour prendre en France le développement qu'elle a acquis dans certains pays étrangers et pour remplir son rôle social, l'assurance vie doit voir ses clauses de plus en plus simplifiées. Elle doit acquérir une valeur certaine. Ce doit être une créance extrêmement mobiliisable. Différentes sociétés semblent l'avoir compris.

E) *Incontestabilité.*

C'est encore pour favoriser le développement de l'assurance vie que, dans beaucoup de contrats, la police est déclarée « incontestable » purement et simplement, dès son émission. Lors de la souscription d'un contrat, en effet, le postulant doit remplir de nombreuses feuilles de renseignements. Il doit indiquer son état de santé, l'état de santé des membres de sa famille et la cause du décès de ses parents. Il doit indiquer les affections dont il a souffert, ses projets de voyage.

Si l'inexactitude des réponses à ce questionnaire, ainsi que le déclarent encore certains contrats, suffisait pour en faire prononcer la nullité, le praticien assuré ne serait jamais certain d'avoir répondu exactement aux conditions écrites et aux interrogatoires des inspecteurs de la compagnie. Il n'aurait pas la certitude d'être assuré et bien assuré. Avec la clause d'incontestabilité absolue dès l'émission, il peut être certain que le montant de son assurance sera versé dans les termes du contrat.

Aussi, avant de signer celui-ci, devra-t-il vérifier que la clause d'incontestabilité existe. Certaines compagnies l'ont d'ailleurs rendue sans effet, par le procédé sui-

vant : après avoir déclaré dans un article premier de leur contrat que « les déclarations de l'assuré servaient « de base à ce dernier et que l'inexactitude des réponses « faisait encourir la déchéance », elles précisent, dans un article second et en gros caractères, que leur police est incontestable dès l'émission, « dans le cadre de l'article premier ». L'incontestabilité ainsi accordée se trouve alors non seulement viciée, mais encore elle ne s'applique pas.

D) *Risque guerre.*

Signalons enfin que les compagnies couvrent parfois, sans surprime, le risque de guerre. Beaucoup de celles qui ont inséré cette clause dans leurs contrats, précisent qu'il est affecté à cette garantie un fonds spécial, composé d'une partie des bénéfices, et qu'en cas de conflits entre les peuples, l'aggravation du risque serait payée sur ce fonds.

Cette façon de procéder donne une sécurité très grande à la garantie ainsi accordée et permet de voir en la clause « guerre » autre chose qu'un simple trompe-l'œil, un attrape-nigaud.



Un inconvénient restait encore attaché à la police vie. Les cotisations paraissent élevées. Et l'assuré se demande souvent : Que deviendront les cotisations versées si je suis obligé de cesser leur paiement?

§ 5 — CARACTÈRE DE LA PRIME — RACHAT — RÉDUCTION

A) *Le paiement des primes
en matière d'assurance sur la vie.*

L'assurance est un contrat synallagmatique. Dans les contrats d'assurances en général, une compagnie couvre

un risque et en perçoit la cotisation afférente. En vertu de l'article 1184 du Code civil, la prestation due par l'une des parties est grevée de condition résolutoire en cas de non exécution de l'engagement par l'autre partie.

Une différence fondamentale existe entre le caractère des primes payées pour assurer des risques ordinaires et celui de celles afférentes à l'assurance sur la vie.

Celle-ci est une opération financière autant qu'une opération d'assurance pure. Pour comprendre le mécanisme de ce contrat et le caractère spécial de ses primes, il sied d'en faire une étude technique.

La prime payée en matière d'assurance sur la vie est répartie par la compagnie d'assurance en trois fonds. Le premier est affecté uniquement à la constitution du capital exigible à terme, d'après les principes de la capitalisation. Cette portion de prime ne tient pas compte de l'âge de l'assuré.

Le deuxième fonds correspond au risque de mortalité de l'individu.

Le troisième est une portion de la prime appelée en termes techniques « chargement » et correspondant aux frais d'acquisition de la police et à ceux que la gestion entraîne : commissions payées aux intermédiaires, frais des agences, etc.

La première partie est une opération financière pure. Le capital assuré est considéré comme divisé pour les paiements en autant de primes que le contrat a d'années à courir. Et la capitalisation, qui vient majorer ces dits paiements et contribuer à la constitution du capital, est fixée actuellement à 4,50 %.

La somme globale des versements opérés à ce fonds,

à une date déterminée, forme la réserve mathématique du contrat, et, dans tous les cas (en principe), appartient à l'assuré. Nous retrouverons ce point en étudiant le « rachat » et la « réduction de la police ».

L'opération d'assurance, la couverture du risque est réalisée par le deuxième fonds. Il correspond à la prime d'une police garantissant le décès survenant pendant une période déterminée.

C'est pour cette partie d'assurance que le souscripteur de la police doit subir un examen médical et c'est uniquement l'élément de la cotisation afférent à cette garantie qui varie avec l'âge de l'assuré, puisque l'élément mortalité est fonction de ce dernier point.

Ces deux éléments capitalisation et risque se rencontrent réunis dans les contrats vie entière, mixte, dotale, etc. Dans d'autres contrats, comme celui de l'assurance temporaire, ils ne sont pas réunis et seul l'élément Risque apparaît.

Cette étude préalable, distinguant entre les risques au sein d'un même contrat, nous donnera les solutions adoptées par les compagnies d'assurances sur la vie, en cas de non paiement des primes, solutions codifiées par la loi sur le contrat d'assurance, à laquelle nous avons déjà fait référence nombre de fois au cours de ce chapitre :

« ART. 75. — L'assureur n'a pas d'action pour exiger
« le paiement des primes. Le défaut de paiement d'une
« prime n'a pour sanction, après accomplissement des
« formalités prescrites par l'article 16, que la résilia-
« tion pure et simple de l'assurance ou la réduction de
« ses effets. Dans les contrats d'assurance en cas de
« décès, faits pour la durée entière de la vie de l'as-
« suré, sans condition de survie, et dans tous les con-

« trats où les sommes ou rentes assurées sont payables
« après un certain nombre d'années, le défaut de paie-
« ment ne peut avoir pour effet que la réduction du
« capital ou de la rente assurée, nonobstant toute con-
« vention contraire, pourvu qu'il ait été payé au moins
« trois primes annuelles. »

Ce texte consacre pour l'assuré le droit à la réserve mathématique de son contrat : élément capitalisation de ce dernier. Par contre, il perd le droit à la cotisation perçue pour la garantie du risque proprement dit et, dans le cas d'assurance temporaire ne garantissant le décès que s'il survient avant une période déterminée, il perd son droit à toute indemnité, puisque la cotisation afférente à ce contrat ne représente que l'élément « Risque ».

(Article 78 de la loi du 13 juillet 1930 : « Les assurances temporaires en cas de décès ne donnent lieu « ni à la réduction, ni au rachat. »)

Valeur de réduction ou valeur de rachat que nous allons étudier, représente le droit que garde l'assuré de toucher la portion de prime affectée à la capitalisation.

Que se passe-t-il donc dans le cas d'une assurance portant garantie d'un capital soit à terme, soit en cas de décès de l'assuré (police mixte), si ce dernier suspend le paiement de ses primes?

Nous avons étudié le principe général du droit acquis à la valeur mathématique élément financier du contrat.

L'assuré peut réaliser cette opération par deux procédés : rachat ou réduction.

Il peut, ou toucher immédiatement la valeur mathématique, ou partie de celle-ci au jour de la cessation de paiement, ou il peut encore laisser sa police pro-

duire son effet, la somme prévue étant réduite dans une certaine proportion avec le nombre des primes payées.

B) *Valeur de rachat.*

Ce premier cas est simple.

La somme qui est payée à l'assuré doit correspondre en principe à la totalité de la valeur mathématique... Cependant, l'Etat autorise la compagnie d'assurance à ne pas tenir compte dans le calcul des trois premières primes annuelles payées, celles-ci lui restant acquises pour amortir le coût d'acquisition de la police.

Le solde de la valeur mathématique n'est en principe exigible qu'à l'arrivée du terme. Aussi les compagnies pratiquent-elles l'escompte du reliquat.

Avant le vote de la loi de 1930, les sociétés se réservaient le droit de fixer arbitrairement la valeur de rachat d'après les bases adoptées par leur conseil d'administration au jour de la demande de remboursement.

M. Paul SUMIEN, dans son *Traité théorique et pratique des Assurances terrestres* (page 140) dégage les motifs de cette façon d'opérer : « Elles veulent se défendre ainsi contre un afflux de demande de rachat dans un moment de panique : c'est une mesure anachronique à la clause de sauvegarde édictée en faveur des caisses d'épargne par la loi du 20 juillet 1895, article 3. »

Certaines compagnies d'assurance, dès avant la loi de 1930, avaient d'ailleurs pris pour principe de faire figurer dans leurs contrats un tableau des valeurs de rachat prévues d'avance, année par année.

Maintenant, la loi du 13 juillet 1930 précise, dans son article 77, que :

« Le prix du rachat, le nombre de primes à payer
« avant que le rachat ou les avances puissent être de-
« mandées, doivent être déterminés par un règlement
« général de l'assureur, sur avis du Ministre du Tra-
« vail. Ce règlement ne peut être modifié que par des
« règlements généraux postérieurs soumis aux mêmes
« avis.

« Les conditions du rachat doivent être indiquées
« dans la police, de manière que l'assuré puisse, à
« toute époque, connaître la somme à laquelle il a
« droit. »

Dans le même article, le législateur reconnaît le droit de l'assuré à toucher à tout moment la valeur de rachat en prévoyant que :

« Sauf le cas de force majeure constaté par décret
« rendu sur la proposition du Ministre du Travail, le
« rachat, sur la demande de l'assuré, est obligatoire. »

Les tribunaux en avaient déjà jugé ainsi (voir : Trib. Civ. Lille, 2 nov. 1925, *D. H.*, 1925, 662).

C) *Valeur de réduction.*

Le mécanisme de cette façon de procéder est plus compliqué. Il y a dans ce cas changement de contrat. L'assuré suspend ses paiements alors qu'une valeur de rachat est attachée à la police, et cependant il désire que son ancien contrat produise encore une partie de ses effets. Il y a alors annulation de l'ancienne police et création d'un nouveau contrat à prime unique, cette prime représentant sensiblement la valeur de rachat prévue.

Cette solution est plus avantageuse que le rachat,

puisque le capital n'est pas payable immédiatement, mais qu'il y a de nouveau capitalisation des intérêts.

Malgré le changement de contrat, il n'y a pas émission d'une nouvelle police, cette façon de procéder étant prévue dans l'ancienne.

La loi sur les assurances règle la valeur de réduction dans son article 76 :

« Les conditions de la réduction doivent être indiquées dans la police de manière que l'assuré puisse, à toute époque, connaître la somme à laquelle l'assurance sera réduite, en cas de cessation du paiement des primes.

« L'assurance réduite ne peut être inférieure à celle que l'assuré obtiendrait en appliquant comme prime unique à la souscription d'une assurance de même nature; et conformément aux tarifs d'inventaire en vigueur lors de l'assurance primitive, une somme égale à la réserve de son contrat à la date de la résiliation, cette réserve étant diminuée de 1 % au maximum de la somme primitivement assurée.

« Quand l'assurance a été souscrite pour partie, moyennant le paiement d'une prime unique, la partie de l'assurance qui correspond à cette prime demeure en vigueur, nonobstant le défaut de paiement des primes périodiques. »

D) *Avances sur contrat.*

Enfin, la police d'assurance sur la vie, qui peut être donnée en gage d'un prêt, prévoit souvent que ce prêt peut être consenti par la compagnie d'assurance elle-même. M. Sumien (*op. cit.*) considère que cette avance consentie a le caractère d'un prêt sur gage, alors que

certain ont voulu voir dans cette opération le paiement anticipé par la compagnie d'un capital dû à terme. L'éminent professeur se base pour faire cette affirmation sur le règlement d'administration publique du 9 juin 1906 comprenant les avances sur polices parmi les placements autorisés sans limitation.

E) *Réintégration de l'assuré.*

Notons encore que, parfois, les contrats prévoient que l'assuré qui a cessé le paiement des primes et qui, normalement, ne devrait avoir droit qu'à la valeur de rachat ou de réduction de son contrat, conserve la faculté de remettre en vigueur ce dernier : 1° s'il se soumet à une nouvelle visite médicale (1) ; 2° s'il paie les primes arriérées majorées d'un intérêt déterminé.

CONCLUSION

Les praticiens ont donc par l'assurance vie un excellent moyen de garantir leur capital travail. Mais cette assurance n'acquiert sa pleine valeur et son plein intérêt que s'ils peuvent en payer régulièrement les primes. Si l'accident vient frapper le médecin, ou si la maladie l'empêche d'exercer normalement et vient tarir ses ressources professionnelles, la police vie, qu'il a souscrite, voit sa valeur diminuer considérablement (des trois premières primes au minimum).

Par différents procédés, il peut cependant se garantir contre ces risques annexes. Nous allons les étudier dans les chapitres suivants.

(1) L'examen médical n'est souvent pas exigé si la réintégration est demandée dans un certain délai (en général de six mois à un an).

CHAPITRE II

ASSURANCE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

En étudiant le contrat d'assurance sur la vie, nous avons déclaré que sa fonction sociale était d'assurer le capital fondamental du praticien : sa vie, base de production.

A côté du décès, un risque, plus grave peut-être, menace le travailleur : l'accident.

Ce dernier est facteur de dommages très considérables, puisque, à côté des frais intrinsèques élevés qu'il entraîne, il peut ralentir si ce n'est abolir entièrement l'activité professionnelle, et partant, tarir les ressources de la victime. Là encore, l'assurance est venue répartir le risque.

L'assurance individuelle a pour but de verser à la victime d'un accident une somme d'argent, capital ou rente, pendant la durée de l'incapacité de travail.

Nous étudierons successivement : l'assurance individuelle contre les accidents, puis celle contre les maladies, contrats qui, parfois, sont réunis en une seule police. Nous verrons ensuite ses réalisations soit par l'assurance commerciale, soit dans le cadre de la mutualité professionnelle.

PREMIERE PARTIE

§ A) *Les généralités du contrat.*

Nous avons déclaré dans l'introduction de ce travail

que l'assurance s'était peu à peu adaptée au risque et avait suivi peu à peu l'évolution économique de la société.

Les organismes commerciaux d'assurance, néanmoins, n'ont point encore suffisamment évolué pour adapter chacun de leurs contrats au cadre d'une profession déterminée. Leur effort s'est trouvé dispersé par le grand nombre de sociétés, ce qui ne leur a pas permis d'avoir un chiffre assez important d'assurés appartenant au même corps professionnel pour détailler leurs statistiques et pour amortir les frais généraux qu'entraînerait la création de contrats spéciaux à chaque profession.

Aussi les compagnies d'assurances commerciales, de même que les grandes mutuelles généralisées (nous appellerons ainsi les compagnies créées sous la forme mutuelle, mais dont le cadre n'est point un cadre professionnel) se sont-elles contentées d'émettre des polices d'un type unique, se réservant de modifier certains points de ces contrats par des conditions particulières, que nous étudierons au cours de cet exposé.

Aussi la police d'assurance « contre les accidents corporels de toute nature », selon le titre généralement adopté par les organismes assureurs, varie dans sa présentation avec chaque compagnie. C'est cette diversité de dispositions qui fait apparaître comme souhaitable que ces sociétés, par l'intermédiaire de leurs groupements (syndicats de compagnies, réunion des assureurs, comités et consortium), s'entendent pour unifier les conditions générales de leurs contrats, de même que le groupement des compagnies incendie s'entendirent, en 1913, pour rendre uniformes les conditions générales de leurs polices.

L'objet du contrat contre les accidents est défini ainsi par l'article premier d'une police que nous avons sous les yeux :

« Le présent contrat a pour objet de garantir à l'assuré ou à ses ayants-droit des indemnités prévues d'autre part, pour tous les accidents corporels dont il pourrait être victime, soit dans l'exercice de sa profession, soit au cours d'occupations non professionnelles. Ne sont considérés comme accidents, au sens du contrat, que les conséquences réelles ou directes d'événements fortuits dûs à l'action soudaine et violente d'une force extérieure indépendante de la volonté de l'assuré. »

Nous retrouvons cet article dans presque tous les contrats.

L'article premier des polices émises par l'« Urbaine de la Seine » déclare que :

« Cette assurance a pour objet de garantir la personne désignée par la présente police contre les conséquences réelles et directes de tout accidents entraînant soit la mort, soit une infirmité permanente, soit une incapacité temporaire, et qui sont réputées consécutives à un accident, les blessures que peut recevoir l'assuré par un choc accidentel provenant directement d'une cause violente, extérieure et involontaire. »

§ B) *L'accident.*

L'on constate que les compagnies prennent soin de définir le sens du mot « accident » : c'est la conséquence d'un fait, d'un dommage ayant pour origine une cause « violente », « extérieure », et « involontaire ».

Cette définition est celle que les tribunaux donnent

de ce mot en matière d'assurance individuelle, entre autres, la Cour d'Appel de Besançon, 2^e Ch., 24 juin 1910, *D.*, 1911-5-12.

Il semble même qu'il y a une certaine corrélation entre la définition de l'accident en notre matière, et la définition jurisprudentielle et doctrinale de l'accident du travail.

« La notion accident n'est pas une question de fait, « mais une question de droit. (Trib. Fédéral Suisse, « 20 oct. 1894, *S. et P.*, 95-4-15). Ce qui caractérise « l'accident, ce n'est pas seulement une cause violente « et soudaine, c'est surtout le fait que cette cause agit « d'une manière soudaine, imprévue, inattendue et en « dehors de la volonté de la victime (même arrêt).

« La clause de la police portant que l'accident doit « avoir une cause extérieure et violente s'entend en ce « sens que cette circonstance doit avoir agi à l'impro- « viste, comme une force extérieure » (même arrêt).

Cependant, en matière d'assurance individuelle, la définition du mot « accident » est plus étroite que celle des accidents du travail :

Les lumbagos ou sciatiques (1) sont considérés comme rentrant dans cette dernière catégorie, de même que la loi du 25 octobre 1919 a fait considérer certaines maladies professionnelles comme accidents du travail. Tandis qu'en ce qui concerne l'assurance individuelle, ce n'est plus la loi que le juge doit interpréter, mais un contrat strict dont un ensemble de clauses limite soigneusement la portée des termes.

La Cour de Cassation ne pourrait pas, en cette ma-

(1) Dans certains cas seulement.

tière, interpréter — comme dans ses arrêts du 21 février 1912, *D.*, 1913-5-7 et 4 août 1914, *D.*, 1917-1-1 — que « doit bénéficier de la garantie du contrat, une lésion « dont le travail a été la cause ou l'occasion ».

Les contrats d'assurance individuelle, nous le verrons plus loin, excluent généralement les accidents qui sont « une révélation d'un état de santé préexistant. Il est toujours précisé que l'accident doit être fortuit et imprévu ; il faut que la cause soit « extérieure, violente et involontaire », ce que ne réclament pas les tribunaux pour faire application de la loi sur les accidents du travail. Enfin, il doit y avoir relation de cause à effet entre l'accident lui-même et ses conséquences.

Revenons sur chacun de ces termes.

1° *L'accident doit avoir une cause extérieure*, c'est à-dire que les maladies sont exclues.

Les compagnies d'assurances prévoient, presque toutes, que « le paiement de l'indemnité ne sera effectué « qu'en comparaison des conséquences que cet accident « aurait eues chez une personne normale et en parfaite « santé », ce qui exclut automatiquement toutes les aggravations anormales de blessures.

Une autre clause insérée dans ces contrats la complète :

« Toutes les fois que les conséquences d'un accident « seront aggravées par l'action d'une maladie, d'un « état constitutionnel ou d'une infirmité, par le manque « de soins constatés, ou par un traitement empirique, « l'indemnité sera calculée non pas sur les suites effectives du cas, mais sur celles qu'il aurait eues chez un « sujet tout à fait sain, soumis à traitement médical « rationnel. »

Par exemple, si un individu atteint de diabète ou de syphilis, tant congénitale qu'acquise, voit une blessure qu'il aurait reçue s'aggraver du fait de son état général, il ne sera point indemnisé de cette aggravation. A défaut d'entente entre les parties, ce sera au tribunal à les départager, en se basant sur un rapport médical.

Celui-ci devra déterminer quelle est la part afférente à l'accident et celle dépendant de la maladie préexistante.

On voit que la notion de l'accident a une étendue beaucoup plus restreinte qu'en accident du travail garanti par les lois.

En effet, en cette dernière matière, ce fut une question longtemps débattue de savoir si l'on devait tenir compte des maladies préexistantes pour déterminer la part exacte de l'accident. Une proposition de loi fut d'ailleurs déposée par M. Dron sur le bureau de la Chambre, en 1893, à ce sujet.

Elle était conçue de la même manière que les clauses habituellement insérées dans les contrats « individuelle » des compagnies d'assurances :

« Les indemnités ne seront dues qu'aux conséquences directes et immédiates des accidents, et non pour les suites d'une opération chirurgicale qui n'aurait pas été motivée par l'accident lui-même, ni par les aggravations résultant de lésions ou d'infirmités préexistantes. »

Ce projet ne fut pas adopté.

De leur côté, les tribunaux furent unanimes à repousser la discrimination proposée. Il a été jugé que même l'état alcoolique existant chez le blessé n'avait pas à être pris en considération. (Orléans, 8-12-1900, S., 1901-2-291. — Voir également : Cass. civ. 24-10-

1904, *D.*, 1906-1-45 et 12-4-1907, *D.*, 1908-1-241. — Cass. Civ., 27 mai 1910, *S.*, 1910-1-536, *D.*, 1911-1-117. — Cass., 31-7-1906, et plus récemment : Cass., 26-4-1920, *D.*, 20-1-240.)

En matière d'accidents du travail, dit M. Sachet, il est difficile et illogique de faire intervenir une telle discrimination.

« Si, dans un accident, déclare-t-il (tome I, p. 312), « on voulait tenir compte de toutes les causes qui ont « une influence sur la gravité des blessures trauma- « tiques, on se heurterait à une impossibilité maté- « rielle... Personne ne songe à contester que les mala- « dies préexistantes rentrent dans le prévisions du « risque professionnel, la loi ayant été précisément « faite pour mettre un terme à toutes les incertitudes, « à tous les aléas inhérents aux accidents du travail. »

Pourquoi n'en est-il pas de même pour les contrats d'assurances « individuelles » ?

La source de cette exclusion et de la portée restreinte du mot « accident » tient à la nature même du contrat et à son mode de souscription.

L'indemnité accident du travail est un forfait, une répartition de responsabilité, et de plus, elle s'applique à tous les ressortissants d'une profession, « sans choix, ni exception ».

La garantie des accidents par la police individuelle assure les indemnités qui lui sont demandées par le bénéficiaire du contrat lui-même, et si la réparation des risques accidents du travail est imposée par le législateur, les parties en présence dans l'assurance individuelle dépendent uniquement de l'article 1134 du Code civil : De la commune volonté des parties.

Le risque « accident du travail » forme un ensemble :

le bon risque, celui de l'accident normal et sans complication, contrebalance le risque dangereux : celui où la maladie, se révélant à l'occasion de l'accident du travail, aggrave considérablement les conséquences de celui-ci.

La loi de la répartition des risques, au contraire, n'est point suivie en ce qui concerne les assurances individuelles. Celles-ci étant facultatives, les compagnies craignent que le mauvais risque ne s'assure toujours, alors que le bon risque ne s'intéresse point à ce genre de contrat.

Couvrir l'influence des maladies sur l'accident les forcerait à envisager une assurance subjective, à considérer chaque individu isolément, à lui faire peut-être subir des examens et des analyses médicales. Cette solution peut être envisagée, mais grèverait le coût de revient de l'assurance individuelle.

Telle qu'elle existe actuellement, cette branche de garantie est envisagée par les organismes assureurs de façon objective. Tout individu non atteint d'infirmité et dont l'âge ne dépasse pas celui fixé par la compagnie, peut s'assurer avec un minimum de formalités.

Il n'en est pas moins vrai que les assurés devraient avoir une sécurité absolue d'être indemnisés en cas de sinistre. Il serait très utile que les compagnies restreignent la portée des clauses insérées. Qu'elles conservent l'exclusion de l'aggravation qui peut être due à certaines maladies graves et qu'il est impossible au préposant d'ignorer lors de la souscription du contrat, tels que troubles alcooliques caractérisés, diabète, rien n'est plus juste, mais qu'elles garantissent l'accident aggravé par les maladies latentes que l'on peut ignorer, qui empruntent les formes les plus sournoises, hémor-

phylie, anémie, etc., qui, soucent, ne se révèlent qu'après un certain laps de temps.

Excluant l'aggravation résultant des maladies, à plus forte raison, les compagnies d'assurance prévoient l'exclusion des maladies elles-mêmes : congestion, érysipèle, rhumatismes, ulcères variqueux, apoplexie, épilepsie (contrat de l'Urbaine et la Seine); elles excluent le cas de hernie, d'anévrisme, même causés par l'accident, estimant que ces affections morbides ont leur sources dans des prédispositions individuelles de l'assuré, et non dans l'accident lui-même qui les a révélés.

Les sociétés d'assurance excluent également les suites de simples efforts. Appliquant ces principes, la jurisprudence a déclaré que « la police d'assurance individuelle qui exclut les suites des simples efforts, ne couvre pas le décès provoqué par la rupture d'artériole pulmonaire, consécutive à un effort violent prolongé, fait par l'assuré en faisant tourner la manivelle de mise en marche du moteur de son automobile ». (Trib. Civ. Le Mans, 19 janv. 1929, *Rec. Assurances*, 1928-292.)

2° *L'accident doit avoir sa source dans des circonstances indépendantes de la volonté de l'assuré.* — « Sont exclus des garanties du contrat, les accidents provoqués intentionnellement par l'assuré, y compris le suicide conscient, et inconscient, ainsi que ceux résultant de cataclysme, de guerre, ou d'explosion d'engins de guerre, d'insurrection ou d'émeute, ou survenus au cours de matches, paris, concours de toute espèce sur terre ou sur eau. » (Conditions générales Urbaine et Seine, art. premier.)

« Sont exclus également de la garantie, les accidents

« causés par l'assuré intentionnellement ou dans un « état d'insanité ou d'ivresse. » (Conditions générales du contrat du Lloyd de France.)

Il faut noter également que les opérations chirurgicales non nécessaires à la cure d'un accident lui-même, ne sont pas couvertes, et qu'une surprime est exigée pour la pratique de certains sports.

Quelle est la portée exacte du mot « volontaire » ?

Le seul fait d'avoir connaissance du danger possible suffit-il pour que cesse la garantie du contrat ? Certaines compagnies l'ont soutenu.

Des sociétés ont prétendu qu'un acte de sauvetage commis par l'assuré était un acte volontaire et que ses conséquences ne devaient pas être garanties. L'exemple le plus classique est celui d'un assuré décédé victime de son dévouement, alors qu'il tentait de sauver une personne qui se noyait. C'était pousser un peu loin l'idée de l'élément intentionnel.

Cette solution choquait l'équité. Aussi, presque tous les groupements assureurs insèrent-ils maintenant une clause précisant que les accidents survenus dans des tentatives de sauvetage de personnes ou de biens, rentrent dans la garantie de la police. Il est précisé de même que les chutes involontaires dans l'eau sont garanties.

Si le seul fait d'avoir connaissance du danger couru faisait perdre à la victime d'un accident le bénéfice du contrat, on aboutirait à des résultats illogiques. C'est presque toujours parce que l'on a connaissance du risque à courir que l'on s'assure. Toute personne qui se baigne, même étant très bon nageur, peut se noyer ; tout automobiliste risque de se tuer. Ce n'est pas cela, certainement, qu'ont voulu les compagnies d'assurances.

et nous estimons que seul peut être qualifié de volontaire, et comme tel, exclu du contrat, le fait de n'avoir pas fait tout ce qu'il est normal de faire pour éviter le danger immédiat, survenu dans l'exercice d'une activité normale. Et la Cour de Cassation (3 juin 1920, *Mon. des Ass.*, 1920, p. 576) déclara « que la police s'appliquait quand l'assuré a trouvé la mort en se noyant en tombant dans un trou profond dont il ignorait l'existence alors qu'il se baignait ».

Les conséquences d'un pari sont formellement exclues dans les conditions générales de la plupart des contrats d'assurance individuelle.

Le pari et l'accident survenu à la suite de ce pari sont des actes volontaires. Ainsi en a jugé, en matière d'accident du travail, la Cour de Cassation (Ch. des Req., 1^{er} août 1927, *Gaz. Trib.*, 24-2-28) « qui déclare « qu'un ouvrier qui a fait le pari de sauter d'un échafaudage et qui s'est cassé la jambe en tombant, a « commis un acte volontaire, n'ayant aucun rapport « avec le travail ».

Une clause a donné lieu à de nombreuses difficultés pratiques. C'est celle qui précise que n'est pas couvert, l'accident résultant d'une rixe, alors que sont garantis les accidents ayant leur source dans la légitime défense.

Une veuve actionnait une compagnie d'assurances en soutenant que son mari avait été tué dans une rixe, alors qu'il avait été provoqué. En consultant les attendus de l'arrêt (Cour d'Appel, Aix, 7 janv. 1929), on constate que si elle fut déboutée, ce n'est pas parce que son mari avait été victime de la rixe, mais parce que, du procès criminel qui avait été rendu à ce sujet, il avait été jugé que ce n'était point l'assuré qui était en cas de légitime défense, mais que lui-même avait été le

provocateur (Comparez Cass., 12 avril 1922, *Mon. des Ass.*, 1922, p. 203).

Il faut remarquer cependant que la légitime défense peut ne pas être garantie dans le cas où l'assuré, sans faire lui-même acte de violence, a provoqué la rixe par sa conduite. Un arrêt de la Cour de Cassation (Ch. des Req.) nous en donne un exemple : « Attendu que la
« police d'assurance formant la loi des parties stipu-
« lant dans son article 2 que l'assurance contractée par
« J. M..., ne porterait pas sur le dommage provoqué
« volontairement par une faute lourde, des actes con-
« traires à la loi ou par ceux qui seraient la consé-
« quence de son état de démence ou d'ivresse; attendu
« que l'arrêt attaqué a constaté en fait que Jules M...,
« sous l'empire d'une jalousie manifeste, s'était laisser
« aller à plusieurs reprises, au cours d'un bal masqué,
« à de violentes altercations avec la fille H. M..., sa maî-
« tresse, qui l'avait exaspéré par des injures et des
« menaces alors qu'elle était surexcitée par la boisson
« et qu'il la savait armée; que la fille M..., s'étant trou-
« vée ou ayant pu se croire à un certain moment en état
« de légitime défense, a, sous l'empire de l'émotion et
« de la frayeur, frappé J. M... d'un coup de poignard
« au-dessus de la clavicule gauche et ainsi, causait son
« décès presque immédiat.

« Attendu qu'en concluant de ces constatations sou-
« veraines que J. M... avait provoqué l'accident dont il
« a été victime par une faute lourde et des actes con-
« traires à la loi, et que l'article 2 du contrat dispensait
« la compagnie d'assurance du paiement de toute indem-
« nité, l'arrêt attaqué a fait de la loi du contrat une
« application régulière.

« Rejette, etc.... »

Les compagnies, poussant très loin la discrimination des faits volontaires ou non, on fait juger que :

« Si le fait de porter machinalement à la lèvre un
« doigt souillé de pus pouvait être en lui-même regardé
« à l'extrême rigueur et « lato sensu » comme un acci-
« dent survenu au médecin, la cause de cet accident
« fortuit et spontané ne serait ni extérieure, ni vio-
« lente, qu'ainsi ne se rencontreraient pas dans l'es-
« pèce des éléments de la police qu'elle précise pour
« caractériser l'accident et qui seul lui permette, le cas
« échéant, de jouir, qu'on ne saurait s'en écarter sans
« arbitraire pour étendre la notion de l'accident, etc. »
(Cour d'Appel de Paris, 1^{re} Ch., 20 mai 1927.)

3° *Les infractions aux lois et règlements.* — Les contrats émis par les sociétés commerciales garantissent-ils les infractions aux lois et règlements ? Très peu d'entre elles excipent maintenant de ces faits pour refuser le paiement du sinistre en accord avec la jurisprudence qui a déclaré :

« En principe, la matière d'assurance individuelle,
« l'infraction aux lois et règlements n'entraîne pas la
« déchéance de l'assuré. Celle-ci ne constitue pas en
« soi, et abstraction faite de toute stipulation de police,
« une faute lourde de nature à entraîner ces dé-
« chéances, » (Cass., 18 avril 1882, S., 82-1-245. —
Nancy, 15-11-1884, S., 85-2-204.)

Avant de clore cet exposé où nous avons passé en revue toute une série de déchéance, ou plutôt de « non assurance », signalons que les compagnies d'assurance doivent opposer « l'exception » dont elles entendent se prévaloir « ab limine litis », ou, tout au moins, dès

qu'elles ont eu connaissance du fait générateur de cette exception.

Même, lorsqu'il y a déchéance prévue par la loi :

« Il faut remarquer qu'une compagnie d'assurances « est non recevable à exciper d'une déchéance prévue « par la loi, lorsqu'il résulte des circonstances qu'elle « a renoncé à se prévaloir de la déchéance. » (*Rép. Gén. du Dr. Fr., Assurances en général*, n° 295 et suiv.)

§ C) *Relations de cause à effet.*

Le bénéficiaire du contrat, nous le reverrons lorsque nous étudierons l'administration de la preuve, doit apporter celle de la relation de cause à effet entre l'accident et le risque garanti.

Cette obligation découlant du droit commun trouve une application fréquente dans le cas des « piqûres anatomiques ».

De nombreuses compagnies d'assurances désirant s'attacher une forte clientèle de médecins, ont émis ce qu'elles appellent des contrats d'assurances individuelle « médicaux », dans lesquels elles insèrent une disposition généralement ainsi conçue :

« La garantie de la Compagnie s'étendra aux conséquences des piqûres anatomiques. »

Or, la plupart du temps, le praticien ne peut prouver la piqûre, événement insignifiant, et ne peut bénéficier de la garantie du contrat.

Nous avons vu, à plusieurs reprises, se présenter, dans la pratique courante, des exemples frappants : dans deux circonstances, entre autres, un médecin avait été infecté par du pus qui lui avait jailli sur les mains, où il y avait de petites érosions préexistantes. La Com-

pagnie refusa de payer en s'appuyant fort juridiquement sur les clauses du contrat en vigueur, exigeant la concomitance de l'accident et de l'infection.

Un arrêt de la Cour d'Appel de Besançon (2^e Ch., 24 juin 1910), débouta un praticien dans une circonstance analogue. De cette décision jurisprudentielle, nous relevons les considérants suivants :

« Attendu que, d'après la clause manuscrite insérée
« dans la police sur la demande du docteur Bernard, la
« garantie de l'assurance s'étend aux conséquences des
« piqûres anatomiques ou inoculation accidentelle, à la
« condition expresse que l'inoculation des germes infectieux s'effectue en même temps que la blessure
« couverte par la police, qui est la porte d'entrée de
« l'infection, qu'il suit de là que l'ophtalmie purulente
« dont a été atteint l'appelant ne sera couverte par
« l'assurance que si l'inoculation du germe infectieux
« et la blessure qui lui aura servi de porte d'entrée ont
« été concomitantes. Qu'il faut que la blessure et l'inoculation soient simultanées...

« Attendu que la clause manuscrite disant que la
« blessure garantie et celle couverte par la police que
« la Compagnie a garantie est, non pas une maladie
« dérivant de l'exercice de sa profession, mais un accident dû à une action soudaine et violente d'une force
« extérieure, cause de l'accident (ayant déclaré plus
« loin que le docteur Bernard ne s'est pas inoculé le
« germe infectieux en se blessant, que c'est alors le
« germe infectieux qui a occasionné la blessure).

« Attendu que la blessure est survenue après un laps
« de temps qui ne permet de dire qu'elle est dûe à l'action soudaine et violente d'une force extérieure,
« cause de l'accident;

« Par ces motifs, déboute, etc. »

Le caractère de tels accidents est hybride et la clause « des piqûres anatomiques » joue rarement, car la preuve est souvent fort difficile à apporter. L'accident lui-même, la piqûre, porte d'entrée de l'infection, est un fait bénin; il survient quotidiennement. Il passe généralement inaperçu, parce que sans suite. En effet, accident quant à sa cause, la piqûre anatomique, quant à son évolution (en général septicémie généralisée), présente les caractères de maladie.

Pour se protéger contre ce risque et contre les conséquences des arrêts comme celui de Besançon, qui ne semble point tenir compte de l'intention du souscripteur au moment de la signature du contrat, le praticien ne peut-il donc rien faire?

Il doit faire accepter par l'organisme assureur une disposition du contrat prévoyant, non seulement la garantie des piqûres, mais encore des inoculations infectieuses.

Il serait très souhaitable que les compagnies d'assurances s'inspirent, pour fixer les limites de leur garantie, des principes que l'Assistance Publique de la Seine a édictés dans son règlement que nous avons étudié plus haut et auquel nous renvoyons page 66. En un mot, qu'elles garantissent toutes les conséquences de maladies ou d'accident contractés en service.

DEUXIEME PARTIE

INDEMNITÉS GARANTIES

Les indemnités prévues dans les contrats d'assurance individuelle sont de trois sortes :

1° Le médecin peut stipuler le paiement à telle per-

sonne qu'il désigne, d'un capital déterminé, en cas de décès consécutif à un accident.

2° Un capital en cas de mutilation.

3° Enfin, il peut encore s'assurer une indemnité journalière, en cas d'incapacité temporaire de travail.

§ A) *Remarques préliminaires.*

Pour quelle somme peut-on se garantir?

L'assurance, dit-on souvent, ne doit jamais être une source de bénéfices pour l'assuré.

Se basant sur cette opinion, pourrait-on dire que le médecin qui s'assurerait pour de très grosses indemnités en cas d'accident, ferait un bénéfice? L'assuré peut-il, et ce problème a été débattu longtemps, cumuler les indemnités?

La question, maintenant, ne se pose plus.

L'intégrité physique de l'individu n'est pas une chose qui soit dans le commerce et on ne peut pas dire qu'un praticien qui aura touché 500.000 francs pour la perte d'un bras aura fait un bénéfice. En pratique, cependant, si l'indemnité prévue est très élevée, l'assuré pourra être tenté de se mutiler pour toucher le capital prévu.

La question s'est présentée plusieurs fois (1).

(1) Au début de 1924, M. L. L..., directeur d'une usine de céramique à Rocroy, s'assurait personnellement contre les accidents à trois Compagnies différentes pour une somme de 900.000 francs. En novembre 1924, il se sectionnait le pouce de la main droite et réclamait aux assureurs une somme de 146.000 francs.

Mais le Tribunal de Rocroy estima qu'il s'agissait d'une mutilation volontaire. Ce fut aussi l'avis de la Cour de Nancy qui, jugeant en appel, a condamné l'industriel à trois mois et un jour de prison, 200 francs d'amende et 2.000 francs de dommages-intérêts envers les Compagnies d'assurances. (*Argus*, N° 2,433.)

C'est aux Compagnies, dans ce cas, à apporter la preuve de l'abus. Elles peuvent, comme mesure de précaution, s'attacher à ne délivrer de polices portant de grosses garanties qu'aux personnes dont la situation répond à la demande de cette garantie.

C'est ce qu'elles font généralement, et afin de déjouer plus facilement la fraude éventuelle, et empêcher que, par le cumul de garantie, les assurés puissent tirer un bénéfice de l'accident, la plupart des Compagnies insèrent un formule ainsi conçue :

« Dans le cas où une police aura été souscrite antérieurement, ou serait souscrite postérieurement à une autre Compagnie, l'assuré sera tenu d'en faire, par lettre recommandée, la déclaration à la Compagnie, qui aura droit, soit de continuer, soit de résilier la présente police.

« A défaut de déclaration dans les trois jours, l'assuré ou les bénéficiaires seront déchus de tous droits spécifiés dans le présent contrat. Tout sinistre survenu avant la déclaration qui précède ne sera pas garanti » (Conditions générales Urbaine et La Seine, art, 16.) En matière d'assurance terrestre (notamment d'assurances contre les accidents), la validité des assurances multiples ne saurait être mise en doute; elle ne peut être contestée ni par l'application des articles 334 et 359 du Code de Commerce qui sont spéciaux aux assurances maritimes, ni par l'application de l'article 1131 du Code civil sur la cause des obligations. Bien au contraire, l'article 19 du décret du 8 mars 1922 interdit aux statuts des sociétés d'assurance mutuelle de défendre aux sociétaires de se faire assurer à une autre société.

Caractère forfaitaire.

Il faut encore remarquer que les garanties prévues par les Compagnies d'assurances sont des indemnités forfaitaires dont elles ne peuvent, en cas de sinistre, discuter le quantum.

Souplesse des indemnités.

Notons enfin que les indemnités prévues au cas de mort et de mutilation sont indépendantes les unes des autres. Le médecin peut les combiner comme il le veut. Suivant ses charges de famille, suivant son âge, il pourra faire varier les chiffres assurés, garantissant par exemple un gros capital en cas de décès et demandant une garantie moins forte en cas de mutilation, et vice-versa.

Les Compagnies n'ont pas, en général, prévu de rapport entre les indemnités mort et mutilation.

Au contraire, pour l'allocation quotidienne, en cas d'incapacité temporaire de travail, la situation est toute différente. Pour éviter les abus, les Compagnies ont, très souvent, limité l'indemnité assurée de ce chef, à une somme variant entre cinquante et cent francs par jour. De plus, elles exigent en général un certain parallélisme entre cette indemnité journalière et le capital prévu pour le cas de mort et pour le cas d'incapacité permanente.

Elles appliquent en général une règle que l'on retrouve dans presque tous les tarifs des Compagnies commerciales, et qui est ainsi conçue :

« L'indemnité journalière pour l'incapacité temporaire (indemnité qui doit être proportionnée au gain quotidien de l'assuré) ne peut jamais dépasser 0,25

« pour 1.000 francs du total des capitaux assurés pour
« le cas de mort et invalidité (tarifs du Nord, Urbaine
« et la Seine, Secours Assurances Générales, etc.).

§ B) *Garantie décès.*

Pour être garanti, le décès doit être la conséquence directe de l'accident. Nous ne reviendrons point sur cette obligation que nous avons étudiée plus haut.

Supposons qu'un médecin atteint d'une maladie de cœur décède dans un accident de voiture. Si la cause du décès n'est pas directement imputable au traumatisme, mais est la conséquence d'une lésion pathologique préexistante, la Compagnie sera déchargée de son obligation.

Par contre, aucun assureur, à notre connaissance, n'exige que le décès soit concomitant à l'accident. La plupart des contrats prévoient que la garantie sera accordée si la mort, par suite du traumatisme, survient dans un délai déterminé, qui varie, suivant les Compagnies, de trois mois à douze mois.

A qui le capital peut-il être payé?

D'abord, au bénéficiaire désigné au contrat.

Mais, à défaut de cette stipulation, on peut se demander si le capital prévu tombe dans la succession du « de cujus » comme en matière d'assurance sur la vie. Cette solution est celle du droit commun : elle est applicable lorsque le contrat ne porte point de clauses prévoyant le cas.

Dans certaines polices, les bénéficiaires du capital décès assuré sont limités. Le contrat de la Compagnie, ..., par exemple, porte la clause suivante :

« En cas de mort, un capital de..., payable en cas
« de décès résultant directement et exclusivement d'un
« accident, capital payable au bénéficiaire désigné dans
« la police. A défaut de bénéficiaire désigné, aux héri-
« tiers naturels de l'assuré dans l'ordre et la propor-
« tion de leurs droits successibles jusqu'au deuxième
« degré inclusivement. »

La plupart des organismes assureurs excluent formellement du bénéfice de la police : le fisc, la faillite et la liquidation judiciaire de l'assuré.

§ C) *Capital en cas d'incapacité permanente.*

Par la police individuelle, le médecin peut assurer un capital déterminé en cas d'infirmité permanente.

Comme pour les autres groupes d'assurances, les Compagnies appliquent à tout le monde le même contrat (1). Elles usent des polices « passe-partout ». Elles n'ont point étudié de contrats distincts pour chaque profession déterminée. Au contraire, elles insèrent souvent une clause ainsi conçue :

« Le degré d'infirmité est déterminé sans qu'il soit en
« aucun cas tenu compte de la profession de l'assuré,
« d'après les pertes physiologiques résultant directe-
« ment de l'accident; l'évaluation de cette perte ne peut

(1) Ce n'est pas un contrat spécial qu'émet une société d'assurance commerciale étrangère, dont le titre, les statuts et la composition de son conseil d'administration laisseraient croire que son contrat est spécialement adapté aux besoins de la classe médicale. La police émise par cette société est la reproduction de celles de toutes les compagnies et nous y avons cherché vainement, par exemple, les clauses concernant l'appréciation de l'infirmité permanente totale dont il sera question plus loin.

« être majorée si un membre ou un organe autre que
« celui accidenté a subi une lésion antérieure, et est
« fixé par différence entre les états postérieurs et anté-
« rieurs à l'accident, si le même membre ou organe a
« été atteint. » (Art. 4 du contrat de l'Abeille.)

Il serait logique, pourtant, que le capital assuré au titre infirmité permanente soit payé proportionnellement à l'impossibilité ou à la difficulté qu'éprouve le praticien à exercer sa profession. Il n'en est pas ainsi : les organismes assureurs paient le capital proportionnellement au traumatisme, et en se basant sur un tableau des infirmités inséré dans leurs contrats.

Toutes les sociétés d'assurances ont, à peu de chose près, adopté le même.

Nous le publions, à titre documentaire :

TABLEAU DES INFIRMITÉS PERMANENTES (1)

ART. 6. — L'incapacité permanente totale donne droit à la somme entière prévue aux conditions particulières; cette somme est réductible en cas d'incapacité permanente partielle, conformément au tableau ci-dessous :

A. — TÊTE.

Perte de substance du crâne dans toute son épaisseur :

a) Surface d'au moins 6 c/m carrés.....	40 %
b) Surface de 3 à 6 c/m carrés.....	20 —
c) Surface inférieure à 3 c/m carrés....	10 —
Aliénation mentale totale et incurable.....	100 —
Perte totale des deux yeux.....	100 —

(1) Extrait de la police « Urbaine et Seine ».

Perte totale d'un œil.....	30 %
Surdité incurable et totale des deux oreilles..	40 —
Surdité incurable et totale d'une oreille....	15 —
Ablation de la mâchoire inférieure :	
a) totale	70 —
b) Partielle (branche montante en totalité ou moitié du corps du maxillaire).....	40 —

B. — MEMBRES. — *Infirmitt s portant sur
deux membres.*

Perte des deux bras ou des deux mains.....	100 %
Perte des deux jambes ou des deux pieds.....	100 —
Perte d'un bras ou d'une main �t d'une jambe ou d'un pied.....	100 —

B. — *Membres supérieurs.*

	Droit	Gauche
Perte du bras ou de la main.....	65 %	55 %
Perte du mouvement de l'épaule (an- kylose totale)	35 —	25 —
Fracture non consolidée du bras (pseudarthrose constituée)	30 —	25 —
Perte totale des mouvements du du coude :		
a) En position défavorable.....	40 —	35 —
b) En position favorable.....	25 —	20 —
Fracture non consolidée de l'avant- bras (pseudarthrose constituée) :		
a) Des deux os.....	25 —	20 —
b) D'un seul os.....	10 —	8 —

Perte totale du mouvement du poignet :

a) En position défavorable (flexion ou extension forcées ou supination)	40 %	30 %
b) En position favorable (rectitude et pronation)	20 —	15 —

Amputation du pouce :

a) Totale	20 —	15 —
b) Partielle (phalange unguéale)..	10 —	8 —

Ankylose du pouce :

a) Totale	15 —	12 —
b) Partielle (phalange unguéale)..	10 —	8 —

Amputation de l'index :

a) Totale	15 —	10 —
b) Deux phalanges	10 —	8 —
c) Une phalange	5 —	4 —
Amputation d'un doigt autre que le pouce ou l'index.....	8 —	6 —

C. — *Membres inférieurs.*

Raccourcissement du membre inférieur :

a) D'au moins 5 centimètres.....	30 %
b) De 3 à 5 centimètres.....	20 —
c) De 1 à 3 centimètres.....	10 —

Ankylose complète de la hanche :

a) En mauvaise attitude (flexion-adduction ou adduction)	60 %
b) En rectitude	40 —

Amputation de la cuisse :

a) Demi supérieure.....	60 —
b) Demi inférieure.....	50 —

Fracture non consolidée de la cuisse ou des deux os de la jambe (pseudarthrose constituée)	50 —
--	------

Ankylose complète du genou :

a) En flexion (à partir de 30 degrés).....	50 —
b) En rectitude ou presque rectitude.....	25 —

Fracture non consolidée de la rotule avec gros écartements des fragments et gêne considérable des mouvements d'extension de la jambe sur la cuisse.....	40 —
---	------

Amputation de la jambe.....	50 —
-----------------------------	------

Ankylose tibio-tarsienne	15 —
--------------------------------	------

Amputation du pied :

a) Totale (désarticulation tibio-tarsienne) ..	50 —
b) Sous-astragalienne	40 —
c) Médio-tarsienne	35 —
d) Tarso-métatarsienne	30 —

Amputation de tous les orteils.....	20 —
-------------------------------------	------

Amputation du gros orteil.....	7 —
--------------------------------	-----

Amputation d'un orteil, autre que le gros orteil	2 —
--	-----

Ankylose du gros orteil.....	3,50 —
------------------------------	--------

Ce tableau a-t-il une valeur absolue et ne peut-il être modifié? C'est une question de conventions entre le médecin ou son conseil et la Compagnie d'assurances.

Très souvent, les indemnités prévues ne correspondent pas à ce que le praticien est en droit d'en attendre.

Si nous consultons le tableau des indemnités, nous constatons, par exemple, que la perte de l'usage du pouce, seul ou avec un doigt de la main, vaut 20 % du capital prévu si c'est le bras droit et 15 % si c'est le bras gauche. Or, pour un dentiste, par exemple, la perte de l'usage du pouce empêche pratiquement d'exercer sa profession. Il doit, s'il est encore jeune, faire une sorte de rééducation professionnelle et s'adonner à une autre branche de l'art de guérir.

Il en est de même pour le chirurgien.

Mais il ne faut pas considérer les indemnités prévues au tableau comme étant fixées de façon absolue et ne souffrant pas de dispositions contraires.

On a assuré, racontent les journaux, les jambes d'une actrice connue pour un capital déterminé. Le chirurgien peut, de même, augmenter les pourcentages garantis sur ses mains, l'oculiste ceux sur sa vision, etc., etc. Moyennant des surprimes, certaines compagnies consentent à modifier le barème qu'elles ont établi.

Le médecin se trouve en présence de deux solutions. D'une part, il peut, moyennant un supplément de cotisation, faire porter à des chiffres supérieurs le pourcentage prévu pour la perte d'un organe. D'autre part, il lui est loisible d'augmenter le capital de base. S'il veut assurer son bras droit (50 %) pour 100.000 francs,

il peut se garantir pour 100.000 francs d'incapacité totale et faire doubler le taux du tableau des infirmités en paiement de la prime majorée. Il aboutira à la même conclusion s'il fait assurer son invalidité permanente pour 200.000 francs. Si nous prenons pour base la prime généralement adoptée par les sociétés (1 franc pour mille) et une majoration de 50 % pour dérogation du tableau, il paiera dans le premier cas 150 francs de cotisation et 200 francs dans la seconde hypothèse. Mais alors, il aura l'avantage de doubler automatiquement toutes les indemnités prévues.

L'augmentation de prime demandée par les organismes assureurs est assez logique, le risque d'amputation d'un pouce a de plus fréquentes possibilités de réalisation que celui résultant de la désarticulation d'une épaule.

La perte d'un organe.

Lorsque l'on examine le tableau des infirmités, on voit le terme revenir continuellement : perte d'un bras, d'une jambe, etc. Qu'entend-on par là ? Perte réelle absolue, c'est-à-dire amputation ou seulement perte de l'usage ?

La plupart des contrats ont résolu la difficulté en précisant que « la perte complète de l'usage d'un « membre ou partie de ce membre, signifie, dans l'esprit de la police, impotence fonctionnelle absolue de ce membre ou de cette partie de ce membre, en sorte que les membres et leurs parties dont on ne peut absolument plus faire usage soient considérés comme perdus ». (Art. 6 des Conditions générales de la police du Lloyd de France.)

Que décide la jurisprudence lorsqu'une formule de ce genre n'est pas insérée dans le contrat ?

« Qu'il y a lieu d'estimer que lorsqu'une Compagnie

« d'assurances a prévu dans ses polices l'allocation
« d'une quote-part du capital assuré dans le cas d'am-
« putation d'un bras, d'une jambe, d'un doigt, d'un
« orteil, elle a eu l'intention d'accorder cette allocation
« aussi bien dans le cas où cette imputation n'a été
« que partielle que dans celui où elle a été totale. Alors
« que lorsque la Compagnie a voulu faire une diffé-
« rence entre l'amputation totale et l'amputation par-
« tielle, elle a pris soin de le préciser, et de le stipuler
« expressément. » (Lyon, 19 oct. 1927. *Mon. Judic.*
Lyon, 15 mai 1928. »

Mutilations non prévues.

D'autre part, nous avons vu que les Compagnies prennent soin d'insérer dans leur police un tableau des accidents garantis. Cependant, ce tableau peut ne pas être complet, certains troubles graves n'y sont généralement pas insérés (fracture de côtes, de colonne vertébrale, etc.).

Les organismes assureurs sont-ils tenus de payer des indemnités dans ce cas? Le contrat, qui fait la loi des parties, est un contrat de droit étroit. Il contient une énumération limitative des risques encourus, et l'on serait tenté de répondre par la négative.

Certaines Compagnies insèrent même une clause par laquelle les infirmités non prévues au tableau ne donnent droit qu'à l'indemnité temporaire.

Cependant, la jurisprudence, se basant sur le fait que le contrat d'assurances est un contrat de bonne foi, déclare le contraire :

« Si le contrat d'assurances est un contrat forfaitaire
« et de droit étroit, déclare la Cour de Lyon (8-12-27,

« *Mon. Jur. Lyon*, 20-7-28), il est aussi un contrat de
« bonne foi, fondé sur l'équité et sur l'intention des
« contractants... Dès lors, bien qu'un article de la police
« stipule que les infirmités autres que celles énumérées
« dans cet article sont assimilées à des invalidités tem-
« poraires, qui ne donnent pas droit à une indemnité
« en capital, et bien que l'impotence fonctionnelle,
« même permanente, de la main droite, ne figure pas
« dans cette énumération, on ne saurait refuser d'al-
« louer une indemnité en capital à l'assuré victime d'un
« accident qui a entraîné une invalidité permanente de
« la main droite de 25 %. » (Vve Darcon c/ La Préser-
vative. — De même : Cour de Lyon, 1-12-27, *Mon. Jud.*
Lyon, 13-7-28.)

Beaucoup de Compagnies ont évité les discussions et
ont préféré créer des contrats plus conformes à l'in-
tention de leurs assurés. Elles introduisent, dans leurs
conditions générales, ou consentent à ajouter aux con-
ditions particulières un article précisant que « les infir-
« mités non énumérées au tableau, même d'importance
« moindre, sont indemnisées en proportion de leur gra-
« vité comparée à celle des cas énumérés », mais à cette
clause sont ajoutées les lignes suivantes : « sans tenir
« compte de la profession de l'assuré ».

*
**

Comment doit être réglé l'assuré, alors qu'au cours
du même accident, il a reçu différentes blessures ?

Beaucoup de sociétés d'assurances précisent que
« lorsqu'il résultera d'un même accident plusieurs des
« mutilations prévues au tableau, les indemnités attri-
« buées à chacune d'elles s'additionneront sans que,

« néanmoins, leur total puisse dépasser 80 % de la
« somme prévue aux conditions particulières du
« contrat ».

Cela peut aboutir à des résultats choquants si l'ensemble des mutilations empêche d'exercer une profession.

Il serait juste qu'elles puissent se cumuler jusqu'au maximum de l'indemnité garantie pour mutilation.

Le médecin doit exiger, avant de signer un contrat, qu'une clause soit insérée en ce sens.

§ D) *Indemnité journalière.*

Les Compagnies, nous l'avons vu, peuvent garantir une indemnité journalière :

« En cas d'incapacité temporaire, résultant d'un
« accident et empêchant l'assuré de se livrer à ses
« occupations habituelles, une allocation quotidienne,
« depuis le premier jour du traitement médical, le
« jour de l'accident ne comptant pas, jusqu'au trois
« centième jour qui suit, au maximum. Cette allocation est payable entre les mains de l'assuré lui-même,
« après sa guérison; elle est basée sur le nombre de
« jours pendant lesquels il a suivi un traitement rationnel, s'est soumis au repos nécessaire à sa guérison et n'a pu se livrer à aucune de ses occupations habituelles; elle sera réduite de moitié aussitôt que
« l'assuré pourra vaquer partiellement à son travail,
« ou aura recouvré, dans une mesure quelconque, la
« faculté de diriger ou de surveiller l'exploitation de sa
« charge, de son commerce, de son industrie ou métier.

« Si l'assuré n'exerce aucune profession, l'indemnité sera également réduite de moitié dès qu'il ne sera

« plus obligé de garder la Chambre. » (Art. 4, § 3, des Conditions générales de l'Urbaine et la Seine.)

La durée pendant laquelle cette incapacité est payable varie avec les Compagnies d'assurances et souvent avec la prime payée, tantôt deux cents, tantôt trois cents jours.

Au point de vue du paiement de cette indemnité, les Compagnies d'assurances se divisent en deux groupes : les uns admettent que l'indemnité journalière ne se cumule pas avec les autres indemnités ; d'autres, au contraire, admettent ce cumul. C'est-à-dire que lors d'un sinistre ayant amené une incapacité permanente de travail et une incapacité partielle, l'assuré doit choisir entre le capital prévu pour la mutilation et l'indemnité journalière. Les taux de prime varient suivant qu'il y a ou non cumul.

D'autre part, lorsque l'assuré consent à supporter une franchise, c'est-à-dire lorsque l'indemnité n'est payée qu'après une période déterminée, à partir de huit jours, quinze jours, un mois après l'accident, les Compagnies consentent d'appréciables réductions de cotisations.

§ E) *Garantie des frais médicaux et pharmaceutiques.*

En outre des indemnités en capital stipulées pour le cas de décès par accident et le cas de mutilation, en annexe de l'indemnité journalière prévue en cas d'incapacité temporaire de travail, certaines Compagnies couvrent le paiement des soins médicaux et pharmaceutiques.

Pour accorder cette garantie, elles se heurtaient à de nombreuses difficultés.

Assurer le paiement des frais médicaux sans limite, c'était encourir de gros risques. S'engager à acquitter les notes sans discussion, pouvait les entraîner fort loin. Chaque assuré aurait tenu à se faire soigner par les médecins les plus réputés, et l'opération la plus bénigne aurait été faite par les chirurgiens les plus éminents, puisqu'il y aurait eu un tiers payant sans limite.

Or, les notes, les honoraires de ces praticiens varient en raison directe de leur célébrité. Le médecin connu, le médecin chef de service d'hôpital, demandera à juste titre des honoraires plus élevés que le médecin de quartier. Or, pour accorder cette garanties, les Compagnies avaient besoin d'une base.

Pratiquement, elles ont tourné la difficulté en employant l'un ou l'autre des procédés suivants :

Certaines sociétés d'assurances contre les accidents ont limité la somme payable au titre des frais médicaux et pharmaceutiques à un certain chiffre forfaitaire par accident, chiffre qui est fonction de la prime. (Le contrat de l'Europe, par exemple, prévoit un maximum allant de deux cents à cinq cents francs par accident.)

Dans d'autres cas, elles réduisent le paiement des frais médicaux au tarif des accidents du travail ou à ce dernier tarif majoré d'un certain pourcentage, 10, 20 ou 30 % (contrat de La Préservatrice).

Parfois, elles cumulent ces deux façons de faire : payant sur présentation des notes d'honoraires acquittées avec référence au tarif des accidents du travail, et jusqu'à un maximum prévu au contrat.

On constate que cette façon de procéder laisse le plus souvent à la charge de l'assuré une grosse part des frais nécessités par l'accident dont il aura été victime. Il supportera toujours un dommage élevé, payant au

praticien des honoraires calculés d'après le tarif normal de ce dernier et n'étant remboursé qu'en fonction du tarif ministériel des accidents du travail. L'assurance des frais médicaux et pharmaceutiques n'est pas une assurance complète : elle est une aide pour l'assuré.

Souvent, des conflits s'élèvent entre le praticien qui a donné ses soins et le blessé qui les a reçus. Celui-ci se croit assuré complètement et demande à son médecin de s'adresser à la Compagnie d'assurances pour se faire honorer. Celle-ci ne paie qu'une partie des frais, conformément à son contrat. Aussi, le praticien qui donne ses soins à un assuré individuel doit, avant tout, se pénétrer de cette idée première qu'il n'existe aucun lien de droit entre lui et la Compagnie.

A l'inverse du contrat de responsabilité, pour lequel les tribunaux accordent de plus en plus l'action directe, l'assurance individuelle est un contrat essentiellement personnel.

TROISIEME PARTIE

LA PREUVE DE L'ACCIDENT — LES RECOURS CONTRE LES TIERS — LES PRESCRIPTIONS

§ A) *De la preuve de l'accident.*

Le *Manuel de l'Inspecteur et de l'Agent d'Assurances* de Roux, ouvrage qui sert de charte aux Compagnies d'assurances, déclare avec juste raison que « ce « qui donne naissance aux obligations de l'assureur, ce « n'est ni l'apport, ni l'incapacité permanente ou temporaire, c'est l'accident, et l'accident tel qu'il est « prévu par les conditions de la police.

« Il appartient donc à celui qui se prétend créancier
« de l'indemnité d'apporter la preuve de cet accident,
« cause de sa créance, tel que prévu à l'article 1315 du
« Code civil, aux termes duquel celui qui réclame l'exé-
« cution d'une obligation doit la prouver.

« En application de ce principe, on doit décider qu'il
« appartient au demandeur d'indemnité d'établir : 1° la
« preuve de l'accident, tel qu'il est prévu par la police;
« 2° la relation de cause à effet entre l'accident et le
« risque garanti. »

Cette façon de faire est conforme au droit et à l'évi-
dence. Il appartient toujours au demandeur d'étayer sa
demande; l'assuré doit apporter la preuve de l'accident,
mais une preuve de quel genre? Une preuve limitée à
une démonstration directe formelle? Nous ne le pen-
sons pas.

La Cour de Douai (22 févr. 1907, *Journ. des Ass.*,
1907, 502) déclare :

« Que la preuve n'est pas, quant à son mode, limité
« à une démonstration directe et peut également résul-
« ter de présomptions graves, précises et concor-
« dantes ».

Cependant, la Cour de Cassation (10 janv. 1906,
S. et P., 1906-1-397), de même que la Cour de Gre-
noble (30 janv. 1906, *Journ. Ass.*, 1906, 501), ont exigé
« qu'au cas où un assuré a été trouvé décédé des con-
« séquences d'une immersion, les bénéficiaires de la
« police avaient encore à apporter la preuve que l'as-
« suré ne s'était pas suicidé ».

Le demandeur est libre d'apporter telle preuve qu'il
lui plaira, s'il estime que ces preuves seront suffisantes
pour lui faire reconnaître son droit à l'indemnité. C'est
en application de ces principes qu'il a été jugé que « les

« héritiers d'une personne assurée contre les accidents
« qui estiment pouvoir établir par les preuves de droit
« commun en matière civile sans avoir recours à une
« mesure aussi exceptionnelle qu'une exhumation de
« cadavre ou qu'une autopsie de l'assuré, etc..., sont
« en droit de s'opposer à ce mode d'investigation de-
« mandé par la Compagnie d'assurances ». (Douai,
21-11-1905, *S. et P.*, 1906-2-128.)

L'administration de la preuve peut, dans certains cas, être double. Nous avons cité tout à l'heure un arrêt par lequel le bénéficiaire était condamné à apporter la preuve que l'assuré était décédé des suites de l'accident.

Il ne suffit pas d'établir la matérialité de l'immersion et du décès. « Ce n'est pas à la Compagnie d'assurances
« qu'il appartient d'exciper la déchéance en démon-
« trant que l'assuré s'est volontairement donné la
« mort ». (Cassation, 10 janv. 1906, précité.)

Ainsi dit ce même arrêt :

« Le demandeur qui justifie bien que la mort de l'as-
« suré a été déterminée par l'asphyxie, suite de son
« immersion, mais ne fournit aucune preuve des autres
« circonstances devant caractériser l'accident, doit
« être débouté de son action. »

Les tribunaux suisses ont aussi conclu dans le même sens (Tribunal Fédéral, 20-8-1894, *D.*, 96-2-267), annulant l'arrêt de la Cour de Zurich du 23 juin 1894).

La question est autre qu'en matière d'assurances sur la vie.

« Pour ce genre de contrat, c'est à la Compagnie de
« rapporter la preuve du suicide. » (Tribunal Civil
Seine, 13-3-1884, *Jur. Gén. des Ass. Ter.*, par N. SIMONIN, t. 2, p. 41 ; et 28-8-1896 ; id. 398, Lyon 24-6-1904,

S., 1905-2-70.) Et la note qui suit cet arrêt précise que :

« L'assurance vie diffère des assurances contre les
« accidents sur un point : pour bénéficier de l'indem-
« nité stipulée à ce dernier contrat, il ne suffit pas de
« rapporter la preuve du décès de l'assuré, car la Com-
« pagnie d'assurance n'a contracté d'obligations qu'en
« vue du cas où l'assuré mourra victime de l'accident.
« Il incombera donc à la partie demanderesse d'appor-
« ter la preuve que l'événement assuré s'est produit. »

§ B) *Recours de l'assureur contre le tiers.*

Lorsqu'un accident survient au titulaire d'une police d'assurance individuelle, si cet accident a été causé par un tiers, la Compagnie peut-elle se retourner contre ce dernier après avoir indemnisé l'assuré en vertu de son contrat ?

Certes, l'auteur de l'accident doit réparation en vertu des articles 1382 et suivants du Code civil, mais le droit direct de l'assurance à l'indemnité fut discuté longtemps. La première opinion soutenue fut que si il y avait un tiers responsable, la Compagnie d'assurances avait une action personnelle contre l'auteur du dommage, puisqu'elle indemnisait les conséquences d'un accident causé par la faute d'un tiers.

Cette subrogation dans l'action que l'assuré avait contre ce tiers, était-elle de plein droit ?

Une réponse affirmative fut souvent donnée et la Cour de Cassation, dès 1829, fut amenée à juger que l'assureur n'avait pas droit au bénéfice de la subrogation légale. En effet, l'assureur ne paie pas au nom du responsable : il n'agit donc pas comme gérant d'affaires.

L'assureur agit en vertu d'un contrat exprès. Il ne fait que payer sa propre dette et non celle d'autrui.

D'autre part, aucun cas de subrogation légale ne peut jouer ici.

Depuis, la Cour suprême a toujours jugé ainsi. (Entre autres : Cass., 22-13-1852, *D.*, 53-1-93. — Cass., 2-7-1878, *D.*, 78-1-345.)

Si la subrogation n'est jamais une subrogation légale, elle peut être conventionnelle. Il arrive très souvent que, dans le contrat individuel comme dans les contrats de choses, les Compagnies se font subroger contractuellement dans les droits de leurs assurés. Planiol (*op. cit.*) déclare à ce sujet que « c'est une cession de
« créance plutôt qu'une subrogation, et par conséquent,
« elle pourrait être consentie à l'assureur, même après
« qu'il a payé l'indemnité fixée par la police. En payant
« cette indemnité, l'assureur n'éteint pas la dette de
« l'auteur du sinistre par la bonne raison qu'il acquitte
» la sienne propre et qu'il n'y a aucune solidarité ni
« aucun lien de droit entre lui et l'auteur du sinistre. »

Différentes sociétés d'assurances ont inséré des clauses ainsi conçues (1) :

« Par le seul fait des présentes, la Compagnie est
« subrogée dans tous les droits, actions et recours des
« bénéficiaires des indemnités stipulées, contre toutes
« les personnes garanties ou responsables des accidents
« à quelque titre que ce soit. »

Certes, cette subrogation était logique avec les assurances de choses. Car, si elle n'était pas prévue dans ces contrats de cette nature, si, après avoir touché de la Compagnie l'indemnité prévue, l'assuré pouvait

(1) Cette clause a été conservée dans les contrats individuels à personnes innomées (Assurances Générales, art. 13).

encore faire pour son compte une action près du tiers responsable, le principe fondamental de l'assurance de choses serait faussé, puisqu'elle ne doit pas être une source de bénéfices pour l'assuré.

Par contre, nous avons vu que la notion du bénéfice possible était une donnée inexacte dans l'assurance de personne et qu'il était difficile de qualifier juridiquement « bénéfice » la perte d'un organe ou la privation de son usage. On a soutenu, il est vrai, que lorsqu'il y avait eu condamnation d'un responsable et allocation de dommages-intérêts, juridiquement, le lésé aurait dû être indemnisé du montant total de ses dommages et même de dommages non garantis par la police d'assurance individuelle, tels que du dommage moral.

En pratique, cette affirmation se révèle parfois fausse. Souvent, l'indemnité allouée par les tribunaux est inférieure à la perte subie.

Au contraire, l'assurance individuelle comporte des indemnités forfaitaires, dont la base est uniquement l'accord des parties et qui peuvent se trouver supérieures ou inférieures à la perte subie.

La subrogation conventionnelle soulevait des questions délicates et pouvait aboutir à des résultats choquants.

Dans certains cas, des Compagnies d'assurances qui prévoyaient dans leurs contrats une subrogation de ce genre, retenaient sur l'indemnité allouée par un tribunal, les frais de procédure, d'avocat, etc., et ce procédé aboutissait à faire payer à l'assuré les frais engagés unilatéralement par la société d'assurances elle-même pour la conduite d'un procès, puisqu'en vertu du contrat, elle en avait seule la direction.

La survivance d'une telle clause dans les contrats

d'assurance individuelle semblait découler des anciens contrats d'assurances collectives que les patrons, avant le vote de la loi de 1898, souscrivaient au bénéfice de leurs ouvriers. Ces contrats prévoyaient des indemnités qui devaient être payées aux salariés, si ceux-ci étaient victimes d'accidents sans recours possibles contre un tiers responsable autre que le patron. Lorsqu'un recours pouvait être mené à bonne fin, l'indemnité conventionnelle n'avait plus de raison d'être et le bénéficiaire devait choisir entre l'indemnité forfaitaire de la Compagnie et le recours contre le tiers.

Dans le premier cas, la Compagnie était subrogée dans l'exercice de l'action.

On retrouve encore un reflet de cette pratique dans certaines polices d'assurances individuelles à personnes inconnues, en matière du transport automobile.

Mais, en matière d'assurance individuelle, la majorité des Compagnies insèrent à présent une formule par laquelle elles déclarent renoncer à la subrogation de l'assuré, celui-ci restant libre de suivre comme il l'entendra l'action éventuelle contre un tiers responsable. « La Compagnie abandonne au profit de l'assuré tout « recours contre le tiers responsable de l'accident (1). » Toute indemnité reçue de ce dernier profite à l'assuré qui touche alors : 1° de l'assurance, l'indemnité contractuelle; 2° du tiers, l'indemnité délictuelle.

(1) L'Abeille, par exemple rédige ainsi la clause de non subrogation : « Les indemnités stipulées dans la présente « police sont franches et nettes de tous droits de subrogation contre les tiers responsables de l'accident à l'égard « desquels l'assuré conserve tous ses droits pour exercer tel « recours que bon lui semblera. » (Article 2 des Conditions générales.)

§ C) *Prescription.*

En matière d'assurance individuelle, les Compagnies insèrent des prescriptions plus courtes qu'en droit commun.

On rencontre, en effet, dans presque tous les contrats, une clause ainsi conçue :

« Sera prescrite par un an écoulé à partir du jour
« de l'accident, toute réclamation d'indemnité qui,
« n'ayant pas été admise par la Compagnie, n'aura
« pas été portée devant le tribunal compétent. Dans le
« cas où une indemnité aurait été offerte de la part de
« la Compagnie et refusée par l'assuré, toute action
« sera prescrite par un an à dater du jour du refus de
« la dite indemnité, par lettre recommandée. » (Art. 2
des Conditions générales de l'Urbaine et Seine.)

Raisons d'être de cette prescription. — La prescription trentenaire est trop longue. Les Compagnies n'ont pas voulu rester dans l'indécision. Elles ont donc, dans leurs polices, abrégé le délai de cette prescription ; celle-ci a été reconnue valable par la jurisprudence, l'article 2.220 du Code civil n'interdisant pas aux parties de diminuer la prescription, mais seulement de l'augmenter. Req., 26 oct. 1896, *D.*, 1897-1-5, *S.*, 98-1-330 ; 1^{er} mai 1897, *D.*, 97-1-513, *S.*, 98-1-219 ; 22 févr. 1899, *S.*, 1901-1-265, et 4 nov. 1899, *S.*, 1901-1-289, note Tissier.)

Puisqu'elle déroge au droit commun, une telle clause doit être interprétée restrictivement.

L'accident étant arrivé à une date déterminée, la prescription devra-t-elle être comptée dies à dies ? Nous ne le pensons pas.

Nous estimons qu'en cette matière, ainsi que pour

l'obligation à la déclaration de sinistre dans un délai déterminé (1), les mêmes règles doivent s'appliquer et sans plus de rigueur.

Un médecin victime d'un accident grave s'est trouvé dans l'impossibilité de le déclarer à la Compagnie avant un certain laps de temps. Atteint d'une fracture du crâne, il n'a pu prévenir son assureur que, par exemple, trois semaines après l'accident.

Nous pensons que, dans ce cas, la prescription devra avoir pour point de départ la date de la déclaration, et le délai pour réclamer l'indemnité ne commencera à courir qu'à partir du moment où le bénéficiaire du contrat, l'assuré lui-même, ou ses ayants-droit, auront la possibilité matérielle de connaître l'accident et d'en faire la déclaration.

Cette solution résulte de la jurisprudence constante au sujet des courtes prescriptions. L'assuré ou ses ayants-droit doivent avoir un an pour réfléchir à la solution qu'ils désirent adopter et, comme pour la déclaration de l'accident, le point de départ de la prescription ne doit jouer qu'à partir du moment où ils ont pu réfléchir sur la mesure à prendre, c'est-à-dire à partir du jour où ils ont eu connaissance de l'accident.

Un certain nombre de sociétés, peu nombreuses, il est vrai, aggravent la prescription pour non déclaration, d'une autre prescription pour non réclamation d'une indemnité, précisant que sera prescrite toute réclamation non envoyée à la Société dans les quinze jours qui suivent la fin du traitement médical. (Voir Cass., 3 mai 1930, *D. H.* : 1930, 325.)

Cette prescription est une question de fait. Elle

(1) Voir page 113.

repose sur le bulletin de guérison signé d'un praticien. Cette clause très rigoureuse n'est employée que par des Sociétés qui se déconsidèrent en l'appliquant. Nous ne la citons que pour mémoire et pour mettre en garde les praticiens contre elle.

Nous avons vu d'autre part que les conditions générales précitées déclarent que la prescription est également acquise à la Compagnie, un an après le refus de l'assuré par lettre recommandée, d'accepter les conditions qui lui auraient été offertes.

L'assuré a-t-il la possibilité de prolonger autant qu'il lui plaira l'envoi de cette lettre, et l'offre de la Compagnie interrompt-elle la prescription en cette matière?

Si celle-ci est interrompue, une autre période recommence à courir. Quelle sera la durée de celle-ci? Un an, ou bien sera-t-elle celle de droit commun?

Comment la prescription doit-elle être comptée?

Première hypothèse. — L'assuré a intenté une action en justice, en paiement de l'indemnité. La prescription est interrompue :

Article 2244 Code civil : « Une citation en justice, un « commandement ou une saisie signifiée à celui que « l'on veut empêcher de prescrire, forme une interruption civile. »

Rappelons, par contre, que la prescription n'est pas interrompue par une requête afin d'obtenir une permission de citer. (Caen, 15-5-1854, *D.*, 54-2-243.) De même, une assignation en référé qui ne contient pas de conclusions au fond. (Cass., 5 juin 1883, *D.*, 83-1-373.) La prescription n'est point interrompue par des démarches et de simples pourparlers, pas plus que par une sommation d'huissier.

(Sur le premier point : Req., 10 mai 1876, *D.*, 78-5-

113; sur le deuxième.: Trib. Civ. Aix, 18-1-1899, *D.*, 99-2-147.)

Cependant, si des pourparlers s'engagent entre le bénéficiaire du contrat et la Compagnie d'assurances, si celle-ci, en rapport avec le blessé, lui fait subir une expertise amiable, par exemple, cette expertise interrompt-elle la prescription?

Un arrêt de la Cour de Cassation (Ch. Civ. du 3 mai 1930, précité) nous donne la solution de cette question :

« Lorsque la victime d'un accident a engagé des
« pourparlers amiables avec son assureur et a été sou-
« mis à un examen médical auquel a participé son
« assureur, si celui-ci oppose à l'action en indemnité
« intentée contre lui par l'assuré, à la suite de son
« refus définitif d'indemnité, la prescription conven-
« tionnelle d'un an prévue à la police, les juges du
« fond, appréciant souverainement la commune inten-
« tion des parties et les circonstances de la cause,
« peuvent en déduire que cette prescription a com-
« mencé à courir non à la date de l'accident, comme le
« prévoyait le contrat, mais du jour où l'assureur a,
« par la rupture des pourparlers engagés, signifié son
« refus définitif d'accepter la réclamation. »

De même, il fut jugé fréquemment que, pour que la prescription cesse, il ne faut pas s'attacher uniquement aux articles 2244 et suivants du Code civil, mais les juges doivent rechercher la volonté probable des parties, et que suffit à faire interrompre la prescription telles réclamations, même non judiciaires, telles démarches, telles assistances aux expertises qui, de droit commun, n'empêchent pas la prescription de courir. (En ce sens: Cass., 18 mars 1890, *D.*, 90-90-1-411 ;

22 févr. 1899, *D.*, 1902-1-153; 6 mars 1899, *D.*, 1900-1-381. — Cass., 9 déc. 1903, *D.*, 1904-1-525.

Nous venons de voir quelle était la solution donnée par la jurisprudence en ce qui concerne l'interruption de prescription tacite et le point de départ de la nouvelle prescription.

Il nous faut maintenant étudier les résultats de l'interruption légale de prescription.

Cette dernière est de règle pour le droit commun.

Elle n'est valable qu'autant qu'il n'y a pas eu péremption d'action, c'est-à-dire trois ans. Il n'y a point eu novation du contrat. S'il y a eu péremption d'action, celle-ci est réputée n'avoir point été faite et l'assuré se trouve forclos.

Deuxième hypothèse. — Dans sa deuxième partie, la clause indiquée déclare que si l'assuré refuse la somme offerte par la Compagnie, la prescription est d'une année, après le refus par le sociétaire des offres de la Compagnie.

La situation, ici, n'est plus la même : la Compagnie a fait une offre qui a opéré novation de la dette. L'assuré n'a qu'à prouver la consistance de cette offre. Elle ne sera prescrite par un an que si l'assuré la refuse par lettre recommandée.

De par l'offre de la Compagnie, l'indemnité due à l'assuré ne découle plus du contrat, la Compagnie a fait une reconnaissance de dette. L'assuré a donc trente ans pour intenter l'action découlant de son nouveau contrat (art. 2262 du Code civ.).

On peut rapprocher cet article de l'article 29 des conditions générales des polices contre l'incendie de 1913. Un paragraphe déclare que « lorsqu'il y a eu « acceptation par la Compagnie du règlement des

« experts, la prescription de l'action est de trente ans
« à dater de cette acceptation ».

Mais, s'il y a eu novation, l'indemnité que pourra réclamer l'assuré n'est plus l'indemnité qu'il fixe lui-même. Ses prétentions doivent être ramenées à l'offre faite par la Compagnie.

L'assuré ne peut que poursuivre la Compagnie en paiement de la dette qui a été reconnue et pour le montant de cette offre. La jurisprudence en a toujours jugé ainsi. (Req., 18-11-1899, *S.*, 1900-1-289, note Tissier. — Grenoble, 29-1-1907, sous req., 23-12-1907, *D.*, 1912, 1-70.)

En somme, quelle que soit l'hypothèse, elle se résume à ceci : Est-ce véritablement une prescription ? Et dans ce cas, l'article 2248 du Code civ. doit être appliqué ; ou bien, est-ce une déchéance conventionnelle ? La Cour de Paris a souvent admis cette hypothèse. (Trib. Seine, 19-12-1895, *Rec. Per. Ass.*, 96-59 ; 23-4 1896, *ibid.*, 96-331 ; 29-3 1897, *ibid.*, 97-325 ; 13-6-98, *ibid.*, 98-444 ; 6-12 1899, *ibid.*, 1900, 123. — V. aussi : Douai, 23-3 1896, *ibid.*, 96-362 ; Trib. Seine, 11-6-1896, *ibid.*, 96-420-1-3 1898, *ibid.*, 98-483 ; Cass., 6-6 1896, *D.*, 96-1-94.)

La question, maintenant, paraît être jugée, la Cour de Cassation décidant d'une façon constante que si la première prescription était encourue, et avait été interrompue, l'action de l'assuré relevait alors de la prescription de droit commun ou prescription trentenaire.

Au point de vue pratique, la prescription annale des Compagnies d'assurances a simplement pour but de ne point les laisser dans l'incertitude des sommes à payer. Lorsqu'elles font une offre ferme, elles peuvent immé-

diatement passer la somme proposée à leur compte « réserve pour sinistres à régler ».

Les contrats d'assurances individuelles contre les accidents consentent souvent à étendre leurs garanties aux incapacités temporaires de travail résultant de certaines maladies... Nous les étudierons dans le chapitre suivant.

CHAPITRE III

L'ASSURANCE MALADIE

On a qualifié l'assurance individuelle d' « assurance sur la vie du pauvre ». Pourtant, l'assurance sur la vie et l'assurance individuelle contre les accidents présentent de telles différences qu'il est impossible de les confondre.

L'assurance individuelle ne garantit que les conséquences d'accidents, et ceux-ci aussi fréquents qu'ils puissent être, ne présentent pourtant pas le caractère inéluctable du décès, base fondamentale du contrat d'assurance sur la vie.

Dans le chapitre précédent, nous avons vu comment le médecin pouvait se garantir contre les conséquences des accidents. Il sied d'étudier maintenant comment il peut s'assurer contre les maladies.

Les Compagnies d'assurances ont, pour couvrir ce risque, trouvé deux solutions : 1° extension de la police individuelle par un avenant « maladie » ; 2° création d'une police spéciale.

PREMIÈRE PARTIE

I — L'AVENANT D'EXTENSION DE LA POLICE « INDIVIDUELLE »

La plupart des Compagnies d'assurances acceptent moyennant une surprime (assez élevée d'ailleurs) (1),

(1) De 1 fr. 20 à 4 francs suivant les professions pour une garantie de 1 franc par jour d'incapacité.

d'étendre la garantie de la police individuelle aux conséquences des maladies. Mais on peut constater à la première lecture de cet avenant d'extension, qu'il comporte deux réserves : l'une limitant l'assurance à certaines maladies, l'autre restreignant les prestations prévues dans l'assurance accident.

Nous venons de dire que la première réserve est la limitation de la garantie à certaines maladies. Celles rentrant dans le cadre de cet avenant sont uniquement les suivantes : « appendicites (pour la période où la « crise donne lieu à une opération chirurgicale), fièvre « typhoïde, insolation, pneumonie franche aiguë et « pleurésie non tuberculeuse, érysipèle, variole, diph- « térie, péritonite aiguë, scarlatine, méningite, oreil- « lons, rougeole, tétanos, choléra asiatique ou typhus ». (Conditions générales de la plupart des Compagnies.)

Cette liste est limitative. La clause d'extension porte les mots : « Par dérogation au contrat... les maladies « garanties sont les suivantes... » On ne peut donc procéder par assimilation et, forçant le cadre prévu, faire garantir des maladies non énumérées.

La deuxième réserve consiste dans la déclaration faite par la Société, que la garantie « est limitée au seul cas « d'incapacité temporaire; elle n'est accordée que pen- « dant la durée de la maladie et au maximum pendant « X jours (de 90 jours à 100 jours, suivant les Com- « pagnies)... Les cas de mort ou d'infirmité permanente « consécutifs à l'une des maladies précitées ne sont « pas indemnisés. »

Malgré ces précautions, les Compagnies d'assurance ne tiennent pas à pratiquer ce genre de risque, et en particulier, nous avons trouvé dans le tarif destiné aux seuls agents d'une société (« La Concorde »), ces instruc-

tions : « Cette extension n'est pas consentie aux médecins, chirurgiens, ni au personnel des hôpitaux, hospices ou maisons de santé. »

De nombreuses difficultés peuvent s'élever au moment du règlement. Si l'assuré est atteint de deux maladies, l'une rentrant dans le cadre de l'assurance, l'autre non, laquelle sera réputée tenir le malade loin de ses occupations? Quid, si une maladie garantie succède à une maladie non prévue, les deux affections se confondent-elles dès la réalisation du second risque garanti, ou déduirait-on de l'indemnité afférent à ce dernier les conséquences de la première maladie?

De même, les séquelles d'une maladie sont-elles garanties au même titre que cette maladie?

Une mastoïdite (non prévue au tableau), conséquence d'une scarlatine, entraînera-t-elle un paiement de la Compagnie?

Si, à une infection, succède une péritonite, les Compagnies pourront soutenir que cette dernière, bien que garantie, n'est qu'une généralisation de l'infection non assurée.

Comment, d'ailleurs, en pratique, peut-on prouver le rapport de cause à effet entre deux maladies. Souvent, si, chronologiquement, l'une semble dépendre de l'autre, en fait, elles peuvent avoir la même origine, une infection généralisée, un mauvais état de santé général.

Néanmoins, il serait bon que le praticien titulaire d'un contrat de ce genre, fasse insérer, dans son contrat, en annexe du tableau des maladies, une clause ainsi conçue : « Les conséquences directes ou généralement admises pour telles, des maladies énumérées dans la police, seront garanties au même titre que ces dernières ».

Enfin, il faut remarquer que les contrats garantissant certaines maladies soulèvent de nombreuses causes de conflits.

La science médicale n'est pas une science certaine, et le fait de déclarer une pleurésie tuberculeuse ou non, de qualifier « phase aiguë » telle période de l'évolution de l'appendicite, de donner un diagnostic précis dans telle affection peu nettement caractérisée, soulève des controverses difficiles à trancher pour l'assureur et est du ressort des médecins experts.

DEUXIÈME PARTIE

II — CONTRATS MALADIE

A côté de la garantie des maladies par simple avenant à la police individuelle, différentes sociétés commerciales ont lancé un contrat dit : contrat d'assurance individuelle contre les maladies. Certaines ont fusionné maladie et accident, ne faisant pas, en principe, de distinction entre ceux-ci.

Les contrats spéciaux d'assurance contre la maladie ne garantissent pas le décès causé par cette dernière et ne couvrent pas les maladies préexistantes à la signature du contrat. Nous aurons d'ailleurs l'occasion de revenir sur ce point. Nous ne voulons pas nous arrêter longuement sur les polices strictement maladies. Elles ressemblent, par beaucoup de côtés, aux avenants maladies que nous avons étudiés plus haut : absence d'universalité des maladies garanties, mais limitation à un certain nombre d'entre elles (contrat des trente maladies de la Compagnie canadienne « La Prévoyance » et de la Mutualité Générale Française, énumérant dix-neuf maladies citées par M. Hémard, *Théorie des Assurances*

Terrestres, t. II, p. 481), les exclusions variées, telles que maladies provenant du fait de l'assuré, de l'ivresse, de l'alcoolisme, etc., qui peuvent être rapprochées des l'alcoolisme, etc., peuvent être rapprochées de celles que nous avons passées en revue à l'occasion de la police individuelle contre les accidents.

Une ou deux compagnies ont créé des contrats d'assurance individuelle contre les maladies et les accidents, sans faire, en principe, de distinction entre ces deux sources de risque.

Le contrat de l'Aide Sociale en est un type. Il garantit à l'assuré des indemnités en cas de décès, en cas d'invalidité permanente et en cas d'incapacité de travail temporaire. Toutefois, l'indemnité décès ne joue que pour les accidents. « Le décès n'est garanti que si celui-ci est
« la conséquence directe de l'accident ou d'une maladie
« résultant directement de ce dernier. »

Par contre, l'invalidité donne lieu à prestation, soit qu'elle découle d'un accident, soit qu'elle ait sa source dans une maladie.

On retrouve dans ce contrat la plupart des clauses déjà étudiées. Mentionnons que le capital prévu pour perte d'un membre, s'entend de l'incapacité fonctionnelle absolue, où, d'autre part, mention y est faite que les infirmités permanentes non énumérées dans la police
« sont indemnisées en proportion de leur gravité com-
« parée à celle des cas énumérés et sans que, de ce chef,
« l'indemnité puisse être supérieure à plus de 60 % de
« celles prévues pour le cas d'infirmité permanente
« totale. »

Comme dans la police individuelle contre les accidents, un tableau des infirmités est joint au contrat et,

à côté des mutilations, on retrouve des infirmités résultant des maladies telles que la paralysie générale.

En ce qui concerne l'allocation quotidienne, le contrat de l'Aide Sociale, comme d'ailleurs presque tous les contrats d'assurance contre la maladie, prévoit un certain délai de carence. Alors que les incapacités résultant d'accident sont, d'une façon générale, indemnisées dès le premier jour, les conséquences des maladies n'ouvrent droit à l'allocation quotidienne qu'après un certain laps de temps qui varie avec les compagnies du septième au quinzième jour.

Les cotisations sont parfois fixées d'une façon uniforme : à une prestation déterminée correspond une cotisation fixée ; parfois cette prime est fonction de l'âge des assurés.

Toutes ces polices maladies ne comportent pas d'examen médical. Cette manière de faire pouvait être très onéreuse pour la Société, et d'autre part, l'obligation à l'examen médical pouvait éloigner de cette forme d'assurance les assurés possibles. Aussi les Compagnies ont-elles pris certaines précautions. Elles insèrent généralement dans leur contrat une clause ainsi conçue : « L'assuré étant présumé en bonne santé à la souscription du contrat, la prise d'effet de la garantie aura lieu au jour de la signature du contrat par la Direction de la Compagnie pour les accidents, et un mois après cette date pour les maladies ».

Cette clause soulève de très graves difficultés d'applications pratiques. Elle est la source de conflits fréquents.

Que faut-il entendre par bonne santé ?

Est-ce l'absence actuelle de tout foyer d'infection, de toute cause de maladie latente, alors que le sujet se

trouve en état d'euphorie? La question s'est posée notamment en ce qui concerne la syphilis. Cette maladie passe par plusieurs stades. A ses débuts, elle est parfois ignorée, car les premiers accidents peuvent passer inaperçus, ou ne retiennent pas l'attention du malade. Ce n'est qu'après un certain temps, souvent après des années, que l'infection se révèle, en prenant des formes variées, souvent insidieuses. A l'occasion de divers symptômes, ou d'affections pathologiques, le médecin traitant soupçonne l'infection et la fait constater par des examens de laboratoire.

Si les conditions générales des contrats exigent un état de parfaite intégrité physique, aucune personne ne peut avoir la certitude d'être assurée. La question ne s'est pas encore, à notre connaissance, posée devant les tribunaux. Elle le sera d'ici peu, un procès étant engagé devant la Cour de Paris, sur un cas de ce genre.

Sans vouloir préjuger de la décision judiciaire, il nous semble que doit être présumé en bonne santé, l'individu qui, au moment de la souscription du contrat, jouit de l'état de bien-être, ne lui faisant supposer l'existence d'aucune maladie.

Si cette solution n'était pas adoptée, l'assuré paierait en pure perte des primes infiniment plus élevées pour les contrats ordinaires (1).

(1) C'est ainsi que le tarif mort par accident, prévoit pour un groupe d'individus déterminé (employés, avocats, banquiers, etc.), une cotisation de 0 fr. 60 pour 1.000 francs d'indemnité en cas de décès, et que les tarifs de l'Aide Sociale, pour ces mêmes personnes, sont de 3 francs pour 1.000 francs. Pour le cas d'infirmité permanente, la cotisa-

La Compagnie imposant un délai d'un mois après la souscription du contrat pour garantir les indemnités résultant de maladie, ce délai de carence est une sécurité suffisamment grande pour que la Société puisse prendre en charge les maladies survenant en cours du contrat, sauf pour elle à apporter la preuve que l'assuré était de mauvaise foi lors de la conclusion de la police.

tion accident est de 0 fr. 45 pour 1.000 d'une part, et de 5 francs pour 1.000 d'autre part.

En matière d'incapacité temporaire, la prime accident est de 1,70 par 1 franc assuré dans les contrats ordinaires, elle est de 9 francs dans les contrats de l'Aide Sociale.

CHAPITRE IV

LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE VIE

§ 1 — GÉNÉRALITÉS

A côté de l'assurance individuelle contre les accidents, il existe un contrat un peu analogue, mais qui offre la particularité d'être joint à la police d'assurance vie : d'être, comme son nom l'indique, un contrat complémentaire.

Analogue pour beaucoup de ses clauses au contrat individuel : exclusion du suicide, du risque de guerre, de l'ivresse, il vient, quant à ses garanties, se superposer à la police « vie », et son but primordial est d'indemniser l'invalidité totale du médecin, celle-ci étant, en réalité, une sorte de mort, tout au moins quant à la vie professionnelle.

Nous avons vu, en étudiant l'assurance individuelle du médecin et l'assurance maladie, qu'aucune société d'assurance n'assurait au praticien, normalement et sans ambiguïté, un capital, en cas d'impossibilité d'exercer une profession, par suite de maladie. L'absence de garantie d'un tel risque était un facteur qui pouvait contribuer à éloigner de l'assurance sur la vie.

En effet, ce contrat, constituant dans la majorité des cas une économie, exige des primes élevées. Si, par suite d'une maladie ou d'un accident, le médecin ne peut plus

exercer, l'assurance sur la vie qu'il aura contractée ne lui servira pas à grand'chose : ne pouvant plus accomplir sa profession, le praticien n'aura plus de revenus et ne pourra plus acquitter le montant des cotisations exigées.

Il sera contraint, si son contrat est récent, à l'abandonner, et s'il est souscrit depuis plus de trois ans, soit à le « faire réduire » en ne payant plus de primes (la police n'ayant plus qu'une valeur « réduite », suivant un tableau annexé au contrat), soit à en toucher la valeur de rachat, c'est-à-dire à le vendre à la Société qui l'a émis. Ces deux opérations sont onéreuses pour l'assuré.

S'inspirant des méthodes américaines, les Compagnies françaises ont cherché un palliatif à cet inconvénient. Elles l'ont trouvé en pratiquant soit « l'assurance complète », soit l'assurance dite « complémentaire » à la police vie.

La police « vie complète » est une modalité du contrat ayant pour base la vie humaine. Moyennant le paiement d'une surprime, le praticien, en cas d'invalidité, que celle-ci survienne d'un accident ou qu'elle soit due à une maladie, est déchargé du fardeau de la prime. En outre, le capital assuré « à terme » est payable immédiatement. Enfin, certains contrats de ce genre prévoient le paiement par la Compagnie d'avances pour régler les frais d'opérations chirurgicales, avances ne portant pas intérêt.

Nous allons faire plus loin l'étude de ces garanties.

§ 2 — LES DIFFÉRENTS TYPES DE CONTRATS COMPLÉMENTAIRES

Certaines Compagnies d'assurance garantissent l'invalidité du praticien en procédant par des contrats annexes au contrat vie.

Le contrat complémentaire offre des garanties variées, mais celles-ci se ramènent en somme à trois sortes de prestations :

1° La libération du paiement des primes afférentes au contrat vie.

2° Le paiement par la Compagnie d'une rente égale à X pour cent du capital prévu au contrat. Cette rente est payée pendant toute la période qui s'écoule entre le moment de l'incapacité totale et l'expiration du contrat.

3° Le paiement anticipé du capital (cette garantie remplace celle qui vient d'être énoncée).

4° En cas de décès par accident, une prestation égale au capital assuré sur la vie, ce qui double ce chiffre.

*
**

Pour illustrer cette énumération, prenons différentes Sociétés.

« La Paix » garantit le paiement de la prime d'assurance sur la vie en cas de maladie ou d'accident, entraînant pour l'assuré une incapacité complète de travail ou tout au moins l'obligation de garder le lit ou la chambre (art. 2 des Conditions générales).

Si l'incapacité permanente de travail est définitive, la Société paie le capital assuré par anticipation. Toutefois, il est précisé que, s'il s'agit d'un capital à terme fixe, le paiement anticipé du capital subira un escompte de 6 %, du jour de versement à celui de l'échéance du contrat.

Cette clause réduit pratiquement à néant les avantages de ce contrat supplémentaire, en ce qui touche les contrats d'assurance à terme fixe.

*
**

Le contrat de la « Préservatrice présente trois combinaisons, trois garanties :

1° La libération du contrat.

2° Le paiement anticipé du capital.

3° Le paiement d'une rente viagère de 10 % de capital assuré.

Dans la deuxième combinaison, il s'agit seulement d'une avance, la Société substituée gardant le bénéfice du contrat. La troisième combinaison comporte en outre le paiement, en cas de décès par accident, d'un capital égal à celui assuré par le contrat vie.

Mais ces trois combinaisons présentent la particularité d'être indépendantes les unes des autres.

Elles peuvent se combiner.

Les cotisations varient avec l'âge des assurés et la durée de la police vie. Pour une assurance d'une durée inférieure à trente ans, par exemple, la prime, suivant les combinaisons adoptées, varie entre 6 % et 13 % de la cotisation du contrat vie.

*
**

§ 3 — QUEL EST LE MODE DE SOUSCRIPTION DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE ?

Deux cas peuvent se présenter : ou cette police a été souscrite en même temps que la police vie, ou elle a été émise postérieurement et, peut-être, par une autre Société.

Si le contrat d'assurance individuelle complémentaire est émis directement par la Compagnie créatrice du contrat vie et au moment de l'émission de ce dernier, aucune visite médicale n'est exigée; la Compagnie d'assurance

sur la vie possède le rapport du médecin qui a servi de base à l'acceptation de l'assuré.

Lorsque le contrat complémentaire est émis par une Compagnie autre que la Compagnie signataire du contrat vie (différentes Compagnies accidents se sont mises à pratiquer ce risque), on distingue en général, suivant que le contrat complémentaire est concomitant ou non à la souscription de la police d'assurance sur la vie. Si les deux contrats datent de la même époque, la Société qui émet le contrat complémentaire trouve une garantie suffisante dans le fait que le proposant a été accepté par l'autre Société.

Par contre, si la conclusion de la police complémentaire est postérieure à la signature du contrat vie, un certificat médical est exigé et la cotisation imposée alors est fonction non pas de la prime du contrat vie existant, mais de celle qui serait exigée pour un contrat analogue conclu à l'époque de la souscription du contrat individuel; l'assuré étant plus âgé, le coût de la police, automatiquement, est plus élevé.

*
**

§ 4 — GARANTIES DU CONTRAT COMPLÉMENTAIRE

Que la police soit dite « complète » ou qu'elle soit souscrite sous la forme « complémentaire », les prestations qu'elle prévoit sont basées sur l'impossibilité de travailler, soit à titre temporaire, soit à titre définitif.

En effet, les sociétés d'assurance se divisent en deux groupes : celles qui accordent des prestations même pour une invalidité temporaire, et celles qui limitent l'octroi des garanties au seul cas d'invalidité permanente.

Deux points fondamentaux distinguent les prestations accordées par l'assurance individuelle et celles découlant du contrat complémentaire. D'une part, elles sont exigibles en cas d'invalidité, sans qu'il soit fait de distinction dans la cause de celle-ci, accident ou maladie.

D'autre part, la police « complémentaire » subordonne le service des indemnités à l'impossibilité absolue de travailler, alors que l'assurance individuelle accorde des prestations variables avec la gravité de l'invalidité.

La formule « impossibilité de travailler », en cas d'invalidité temporaire, ne soulève pas de grosses difficultés ; on peut la rapprocher de la formule précitée (1) prévue au contrat individuel. Par contre, la définition de l'invalidité permanente soulève des interprétations plus délicates.

Par incapacité de travail, fallait-il entendre impossibilité absolue d'exercer un métier quelconque, ou simplement celle de se livrer à l'exercice de la profession prévue au contrat ?

Il nous faut remarquer ici que les contrats d'assurances complémentaires donnent lieu à moins de divergences d'interprétations que les polices ordinairement émises par les sociétés d'assurances.

Les polices complémentaires ayant été créées plus récemment, bénéficient des expériences acquises en cette matière.

Les conditions générales trop floues de certains contrats ayant soulevé de nombreux procès et la concurrence entre les Compagnies étant de plus en plus sensible, les conditions générales du contrat complémentaire ont gagné en clarté et en précision.

(1) Voir chapitre sur l'Assurance Individuelle, page 196.

Les organismes assureurs garantissant le risque que nous étudions ici peuvent être classés sous deux catégories :

Les uns accordant une garantie limitée, et ceux dont les prestations prévues sont envisagées sur un plus large plan. Les premiers appliquant des méthodes analogues aux méthodes d'assurances individuelles, étudiées plus haut, déclarent que, pour « l'appréciation de l'invalidité. « il ne sera pas tenu compte de la profession de l'assuré ». Ils précisent alors, dans un tableau, les infirmités qu'ils considèrent comme constituant l'invalidité.

Ce tableau est généralement analogue à celui-ci :

« La paralysie d'une partie du corps, l'impossibilité
« de faire usage des deux membres supérieurs ou inférieurs par le fait, soit d'une paralysie, soit d'une
« ataxie prononcée, soit d'une atrophie, soit de rétraction ou d'ankylose plaçant ces membres dans une
« position vicieuse ou irrémédiable ; l'affaiblissement
« progressif des facultés mentales et intellectuelles, la
« perte de la faculté du langage, la cécité complète, une
« affection chronique ayant amené un état de cachexie
« condamnant le malade à l'immobilité, la surdité complète bilatérale chez le médecin avant l'âge de soixante
« ans, l'aphonie totale chez les avocats, chanteurs, acteurs et professeurs empêchant l'exercice de leur profession. »

Cette énumération est-elle limitative ou énonciative ? Nous estimons qu'elle n'est pas limitative. Une des Compagnies (La Paix), insère dans son contrat « que le paiement anticipé du capital vie est exigible, au cas d'accident ou de maladie dus à une lésion organique et
« ayant provoqué une incapacité permanente complète
« et définitive de travail ».

Elle ajoute, avant la publication de son tableau, les mots : « Et notamment...

De même, nous estimons que l'exigence d'une cécité complète, que la perte de l'ouïe complète, que la perte complète de l'usage de la parole est trop absolue. Une acuité visuelle réduite à 50 % peut empêcher l'exercice d'une profession. Dans certains cas, un affaiblissement de la vue peut suffire pour que l'assuré médecin ne puisse plus exercer son art. Un médecin oculiste, par exemple, doit avoir besoin de sa vision totale. Un dentiste qui perdrait l'usage partiel du bras droit ne pourrait plus exercer, surtout si son âge empêche une rééducation professionnelle.

Ils doivent obtenir l'exécution des prestations dues par la Compagnie. L'interprétation de ces clauses soulève souvent des difficultés qui, très fréquemment, doivent recevoir une sanction des tribunaux. Il serait bon que les contrats d'assurance complémentaire comportassent la clause que l'on rencontre parfois et dont nous avons préconisé l'insertion dans les polices individuelles.

*
**

D'autres Compagnies, au contraire, précisent que, par impossibilité de travailler, on entend celle de se livrer à l'exercice de sa profession normale, ce qui est plus rationnel et plus conforme à la volonté de l'assuré.

Dans ce cas, la cotisation perçue est fonction de la profession exercée. Une prime spéciale est prévue pour les médecins et est même plus ou moins forte, suivant la branche de l'activité médicale exploitée (le taux est plus élevé pour un radiologue que pour un médecin de médecine générale).

Nous ne nous attarderons pas dans l'étude des clauses des contrats complémentaires presque semblables à celles que nous avons rencontrées dans « la police individuelle » :

« L'exclusion des effets de l'ivresse ou de l'abus de
« l'alcool, des stupéfiants, des tentatives de suicide, des
« mutilations volontaires, des conséquences d'émeutes,
« de duels, ou des risques de certains sports, etc.... »

Nous renvoyons, pour leur étude, au chapitre que nous avons consacré à l'assurance individuelle (1).

L'assurance complémentaire à la police d'assurance sur la vie est une nouvelle création des Compagnies d'assurances et correspond à un besoin. Elle gagnerait à être perfectionnée. En particulier, il serait bon qu'elle ne limitât point le service des prestations à l'invalidité absolue. Sans voir son activité complètement suspendue, un praticien peut être victime d'une invalidité partielle suffisante pour lui enlever la plus grande partie de ses revenus professionnels.

Aussi, le médecin devra-t-il étudier très attentivement les clauses des contrats qui lui seront soumises. Pénétré de ses droits, il devra faire modifier celles qui lui paraîtront contraires à ce qu'il peut raisonnablement en

C'est à l'assuré lui-même, c'est à son conseil, à y veiller ; c'est par leur action, que les organismes assureurs pourront se perfectionner.

(1) Voir chapitre sur l'Assurance Individuelle, page 172.

CHAPITRE V

ASSURANCE PAR LES ORGANISMES PROFESSIONNELS

Nous avons vu que les médecins s'unirent pour mettre en commun l'assurance de leur responsabilité civile. Et pourtant, en matière de risque indirect, il existait de nombreuses sociétés d'assurance dont les contrats pouvaient donner satisfaction au praticien.

Or, nous venons de voir qu'en ce qui concerne l'assurance du capital travail, en matière de risque maladie principalement, les contrats présentés par les organismes assureurs étaient insuffisants.

Aussi, devant cette insuffisance et la carence des sociétés d'assurance, les médecins ont réussi à se grouper pour se garantir en commun contre les conséquences de la maladie et des accidents.

Ces sociétés allaient fonctionner évidemment sous la forme mutuelle, mais une difficulté surgit lors de la création de ces organismes. Pour réaliser une assurance de cette nature, il n'existait aucune table, aucune base fixe; il était impossible d'élaborer des tarifs autres que des tarifs plus ou moins arbitraires et empiriques.

Deux Sociétés mutuelles, pourtant, se sont spécialisées dans l'assurance maladie du médecin : l'Association Médicale Lagoguey, et la Mutualité Familiale du Corps

Médical Français. Nous allons en étudier successivement l'évolution et le fonctionnement (1).

I — L'ASSOCIATION LAGOGUEY

« L'Association Médicale Mutuelle du Département de la Seine », fondée par le docteur Gallet-Lagoguey, est une société de secours mutuels approuvée par décret du 7 décembre 1886 et dont les statuts ont été révisés en 1922.

L'article 2 de ces derniers précise « Elle a pour but « d'allouer une indemnité pécuniaire aux membres de « cette association placés par la maladie dans l'impossibilité absolue d'exercer leur profession, soit d'une « manière temporaire, soit d'une manière permanente. »

Elle précise que « pour le sociétaire exerçant la profession médicale, une incapacité absolue doit s'entendre de l'impossibilité de pouvoir faire des visites ou « de donner des consultations » et que « pour les sociétaires n'exerçant plus la médecine pour raison d'âge « ou changement de profession, le droit à l'indemnité « est acquis par l'obligation de garder la chambre ou le « lit ou par un état morbide chronique dûment constaté ».

La cotisation est fixée de la façon suivante : une cotisation mensuelle fixe, quel que soit l'âge d'entrée du sociétaire, et un droit d'entrée variant avec le dit âge.

(1) Nous laissons volontairement de côté l'étude de Sociétés d'assurances en apparence Mutuelles médicales, mais dont la forme Mutuelle s'est trouvée altérée et dont la gestion est effectuée par des entreprises commerciales dont le décret du 1^{er} mars 1922 a empêché la création nouvelle.

Ce droit peut être payé soit par versement d'un capital unique, soit par un supplément de la cotisation mensuelle. C'est ainsi qu'un médecin de trente ans peut payer ou une cotisation de 12 fr. 30 par mois sans droit d'entrée, ou une cotisation de 12 francs et un droit d'entrée payable soit par un capital de 53 fr. 60, soit par un supplément de cotisation de 0 fr. 30. Si le médecin a trente-sept ans, le droit d'entrée est : soit un capital de 603 fr. 50, soit un supplément de cotisation mensuelle de 3 fr. 50. Si ce médecin a cinquante, date extrême où il est accepté dans la Société, le droit d'entrée est alors égal à 2.053 fr. 80, soit à un supplément de cotisation de 14 francs.

L'indemnité journalière, car cette Société, comme la plupart des sociétés de secours mutuels ne garantit point de capital, est payable à partir du neuvième jour qui suivra la déclaration de maladie. Elle sera continuée autant de temps que durera l'incapacité « absolue et les « ressources financières de l'Association » (article 23 des statuts).

Par contre, « l'indemnité maladie pour séjour aux « eaux, à la campagne, aux stations hivernales mêmes « utiles au traitement ou à la convalescence, ne seront « payés qu'en vertu d'une décision spéciale du Conseil « d'administration » (article 24). Ajoutons encore qu'il n'est point besoin d'un examen médical au moment de la souscription du contrat, mais que le sociétaire doit déclarer jouir d'une bonne santé au moment de l'adhésion :

« Au moment de leur adhésion à l'Association, et conformément au questionnaire qui leur est soumis, ils « doivent déclarer par écrit toutes les maladies ou infirmités dont ils ont pu être atteints depuis leur nais-

« sance, ainsi que l'état de santé ou les causes de la
« mort de leur père et mère, ou de leurs frères et
« sœurs » (article 6 des statuts).

Cette clause sur laquelle est basée l'assurance, créée en faveur des médecins, s'ils sont admis à la Société, une présomption irréfragable de bonne santé. La Caisse n'ayant comme corollaire que le bénéfice des délais de carence de six mois prévu à l'article 25 des statuts. Seul le cas de fausse déclaration peut être, à l'égard du médecin, une clause de déchéance, mais la Société aura à apporter la preuve de la mauvaise foi de son sociétaire.

Les indemnités constituées avec cette caisse ont varié suivant les années, en fonction des possibilités financières de cet organisme.

De 1886 à 1922, l'indemnité pour une cotisation donnée, était fixée à 10 francs; de 1923 à 1925, elle fut de 12 francs. En 1926, de 14 francs; en 1927, elle passa à 16 francs par jour pour être relevée à 18 francs en 1928.

Cette progression constante, tout en montrant la gestion prudente du Conseil d'administration, est aussi la résultante de deux facteurs. Certaines maisons de spécialités pharmaceutiques, certains membres des syndicats médicaux, certaines personnalités en vue de la classe médicale, ont contribué par des dons à augmenter les possibilités financières de cette Association, qui groupe près de mille médecins. Elle est aussi la conséquence d'abandons volontaires, de la part de médecins, d'indemnités auxquelles ils avaient droit.

L'Association Lagoguey, par ses garanties sérieuses, son absence de formalisme, rend de très grands services, mais la variabilité même des prestations accordées pour une cotisation donnée, montre une certaine absence de données scientifiques, une absence de calculs actuariels,

une absence de tables de risques. Il appartenait à une autre société médicale de les établir : la Mutualité du Corps Médical Français a fait ce travail.

II — MUTUALITÉ DU CORPS MÉDICAL FRANÇAIS

La Mutualité du Corps Médical Français est une société de secours mutuels qui fut fondée en 1894, par le docteur Auguste Cezilly, et ses collaborateurs les docteurs Gassot, Maurat et Jeanne, du *Concours Médical*, sous le titre de l'Association Amicale des Médecins Français pour l'Indemnité Maladie.

Comptant, l'année de sa fondation, 90 membres, elle groupe déjà 1.116 membres en 1904.

En 1923, 2.210 sociétaires étaient portés sur les registres de cette Société.

Procédant à l'inverse de l'Association Lagoguey, cette Société mutuelle s'efforça, dès le jour de sa création, de partir sur des bases précises, en utilisant les tables d'assurance vie et en exigeant des sociétaires un examen médical avant leur entrée. Ce n'est plus une société de secours mutuels, mais une véritable Mutuelle.

Dès le début, la Mutualité du Corps Médical Français divisa le risque en deux : l'invalidité pouvait correspondre à la phase aiguë d'une maladie, ou à une incapacité permanente.

Partant de ce principe, cette Société a prévu deux sortes de prestations : une allocation quotidienne correspondant à la période aiguë d'une maladie, et versée pendant soixante jours à partir du cinquième jour, puis une indemnité mensuelle, correspondant à une invalidité permanente et payée pendant la période postérieure.

Les indemnités qu'elle prévoyait, lors de sa création,

étaient faibles. Elle attendait, pour les augmenter, d'avoir contrôlé ses statistiques par l'épreuve du temps. Dès qu'elle les jugea suffisamment établies, et sûre de partir sur des bases certaines, elle divisa ses sociétaires en plusieurs groupes.

Actuellement, les combinaisons qu'elle offre à ceux-ci sont les suivantes :

	Indemnité de maladie temporaire	Indemnité de maladie chronique
Combinaison MA : 10 fr. par jour et 100 fr. par mois.		
MAD : 20 » » » »	200 » » »	
MA-MAD : 30 » » » »	300 » » »	
MAD-2 : 40 » » » »	400 » » »	
MA-MAD-2 : 50 » » » »	500 » » »	

Nous laisserons en dehors de cette étude tout ce qui touche à l'assurance retraite et au capital décès, qui est de l'assurance vie basée sur la capitalisation, et qui est pratiquée également par la Mutualité Familiale.

Comme pour l'assurance « Lagoguey », les cotisations sont basées sur l'âge du sociétaire. Celui-ci peut adhérer à la première combinaison jusqu'à l'âge de cinquante ans, et aux combinaisons suivantes jusqu'à l'âge de quarante-cinq ans.

Ses conditions de fonctionnement sont sensiblement les mêmes que celles de l'association Lagoguey : il y a paiement des prestations assurées lorsqu'il y a incapacité de travail, et l'article 50 de ses statuts déclare :

« L'incapacité de travail donnant droit à l'indemnité
« s'entend de l'impossibilité de sortir pour faire ses
« visites. Les consultations dans le cabinet restent auto-

« risées, sauf pour les médecins qui bornent l'exercice
« de leur profession aux consultations. Pour ces der-
« niers, il faut qu'il y ait impossibilité de tout travail.
« Pour le médecin qui n'exerce plus la médecine, l'inca-
« pacité de travail s'entend de l'obligation de garder
« le lit ou la chambre, à moins de circonstances excep-
« tionnelles appréciées par le Conseil d'administra-
« tion. »

La Mutualité Familiale du Corps Médical Français a poussé très loin l'étude des données statistiques, et elle a établi des tables de maladies chez les médecins.

Le docteur Mignon, secrétaire général de cette Association, a publié un opuscule que peut être considéré comme un modèle du genre. L'on y trouve des renseignements extrêmement détaillés et la brochure éditée par le *Concours Médical* pourrait être utilisée avec fruit par les organismes assureurs spécialisés dans l'assurance maladie. Elle est divisée en deux parties : la première concerne le rôle des maladies sur le nombre des jours d'invalidité (infections généralisées, streptococcies, et érysipèle, grippe, tuberculose, fièvre typhoïde et coli-bacillose, typhus, paludisme, etc.).

Une colonne est affectée à chaque maladie ou groupe de maladies, et le résumé du travail se présente en trente-deux colonnes.

Le docteur Mignon a tenu compte : 1° du nombre des malades, du nombre de cas de maladies, du nombre de journées d'incapacité de travail pendant la phase aiguë et la phase chronique. D'autre part, le nombre des décès consécutifs à la maladie apporte une sérieuse contribution aux tables de mortalité.

Les affections des voies respiratoires, bronchites, pleurésie, pneumonie, viennent en tête avec le rapport

de 56 sur 288 maladies, suivies de près par les décès sans diagnostics, 54 sur 154 (1).

La seconde partie de son travail nous intéresse plus directement au point de vue des âges et des cotisations applicables en cas d'assurance maladie. Le Secrétaire de la Mutualité a étudié le nombre de cas d'invalidité pendant les périodes de 25 à 30 ans, de 30 à 35, de 36 à 40, de 41 à 45, de 45 à 50, de 51 à 55, de 56 à 60, de 61 à 65, de 66 à 80 ans.

Il nous montre que c'est de 40 à 50 ans qu'il y a le plus grand nombre de malades, qu'à 50 ans, la durée des maladies est à son maximum.

Nous devons à l'obligeance du docteur Mignon et des distingués dirigeants de la Mutualité (2), de pouvoir publier différents graphiques illustrant de façon frappante les conclusions du docteur Mignon.

(1) Les statistiques des assurances générales indiquent que la plus importante cause des décès est constituée par les affections du cœur et des vaisseaux. Les affections pulmonaires ne viennent qu'ensuite, mais avec le rapport de 17,76 %.

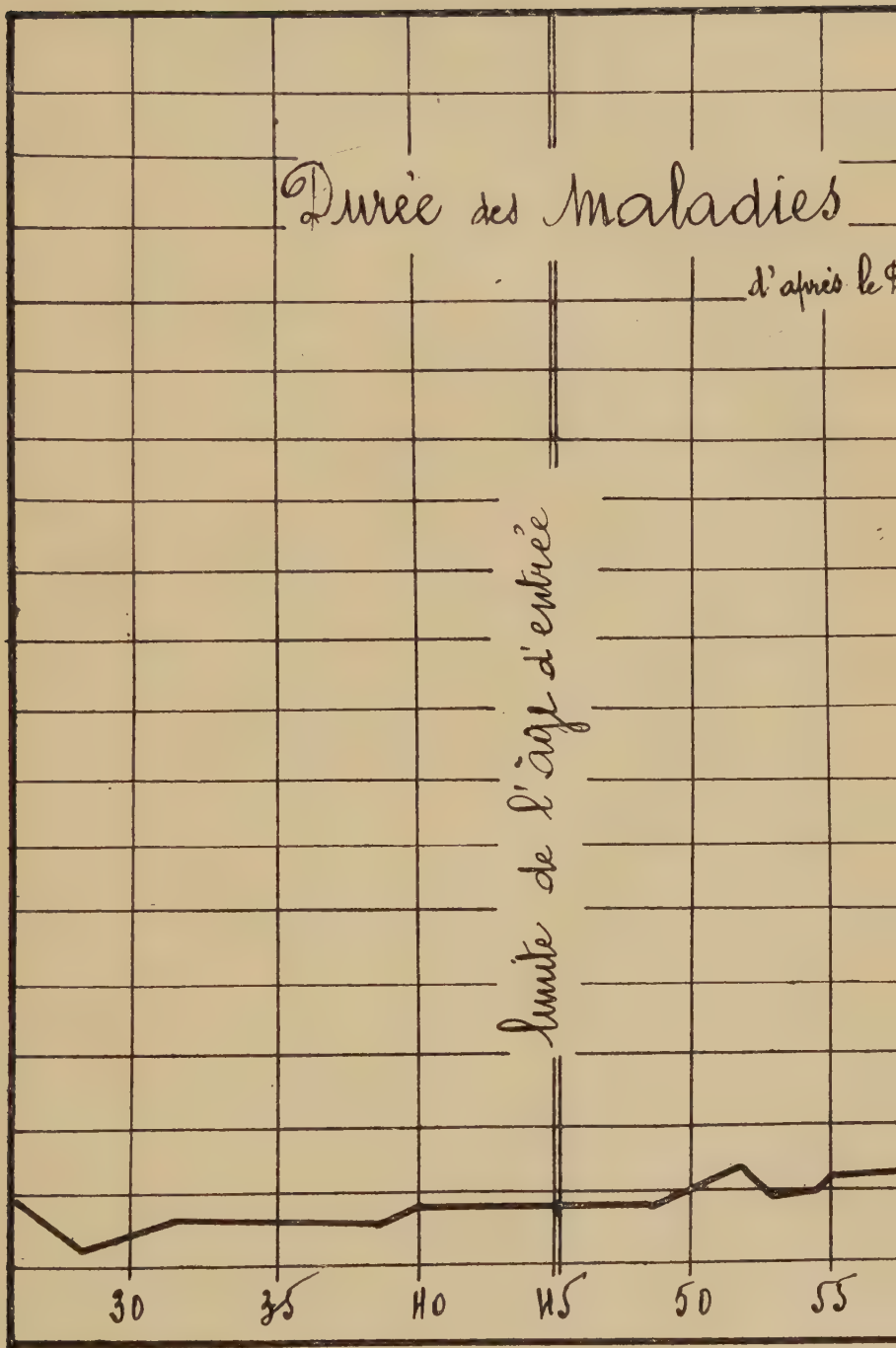
L'explication de ce phénomène tient à la nature de la profession médicale, surtout en ce qui concerne le praticien de province. (Voir page 144.)

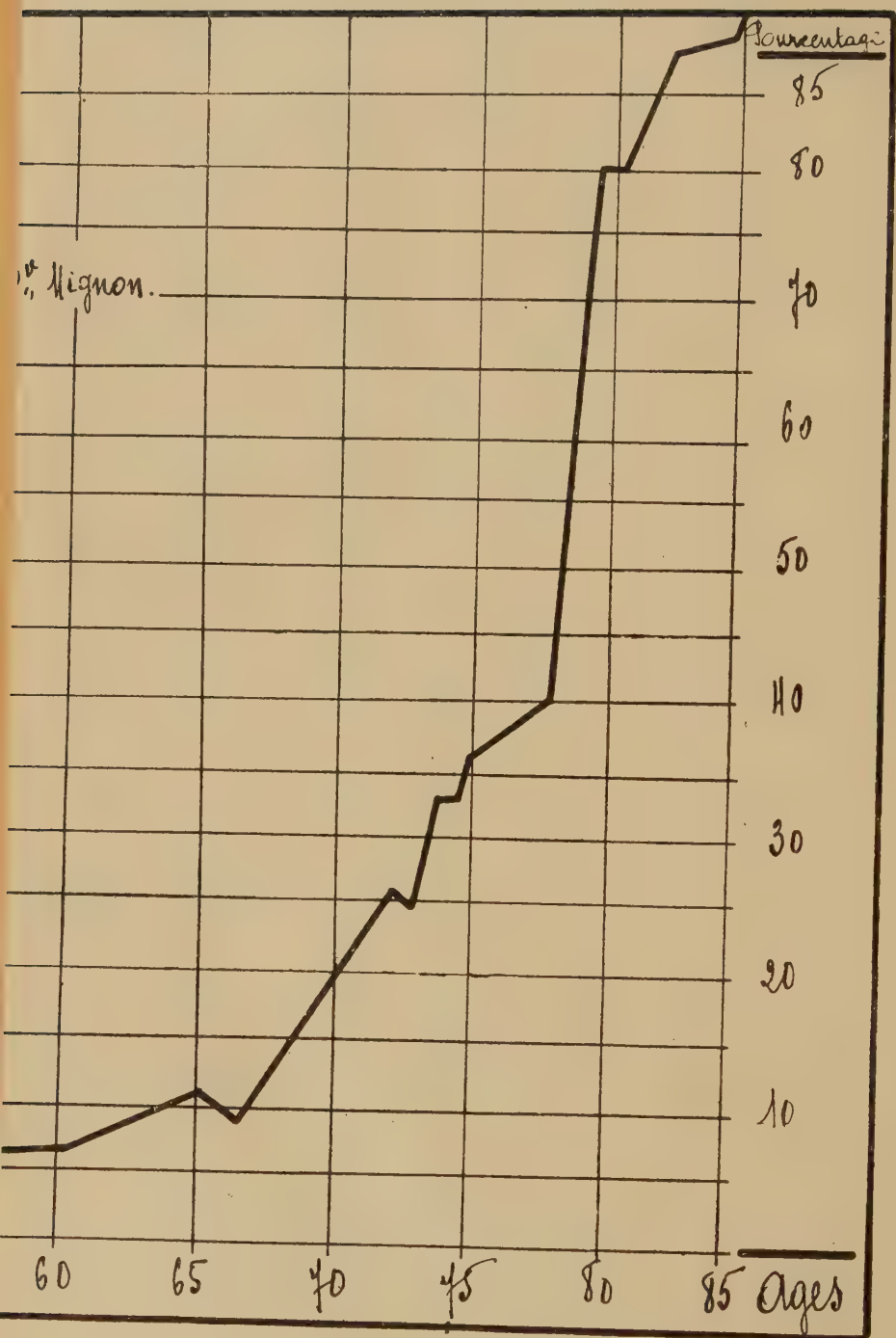
(2) Les Docteurs Gassot, Maurat, Noir, Vimont, Duchesne, Paul Boudin.

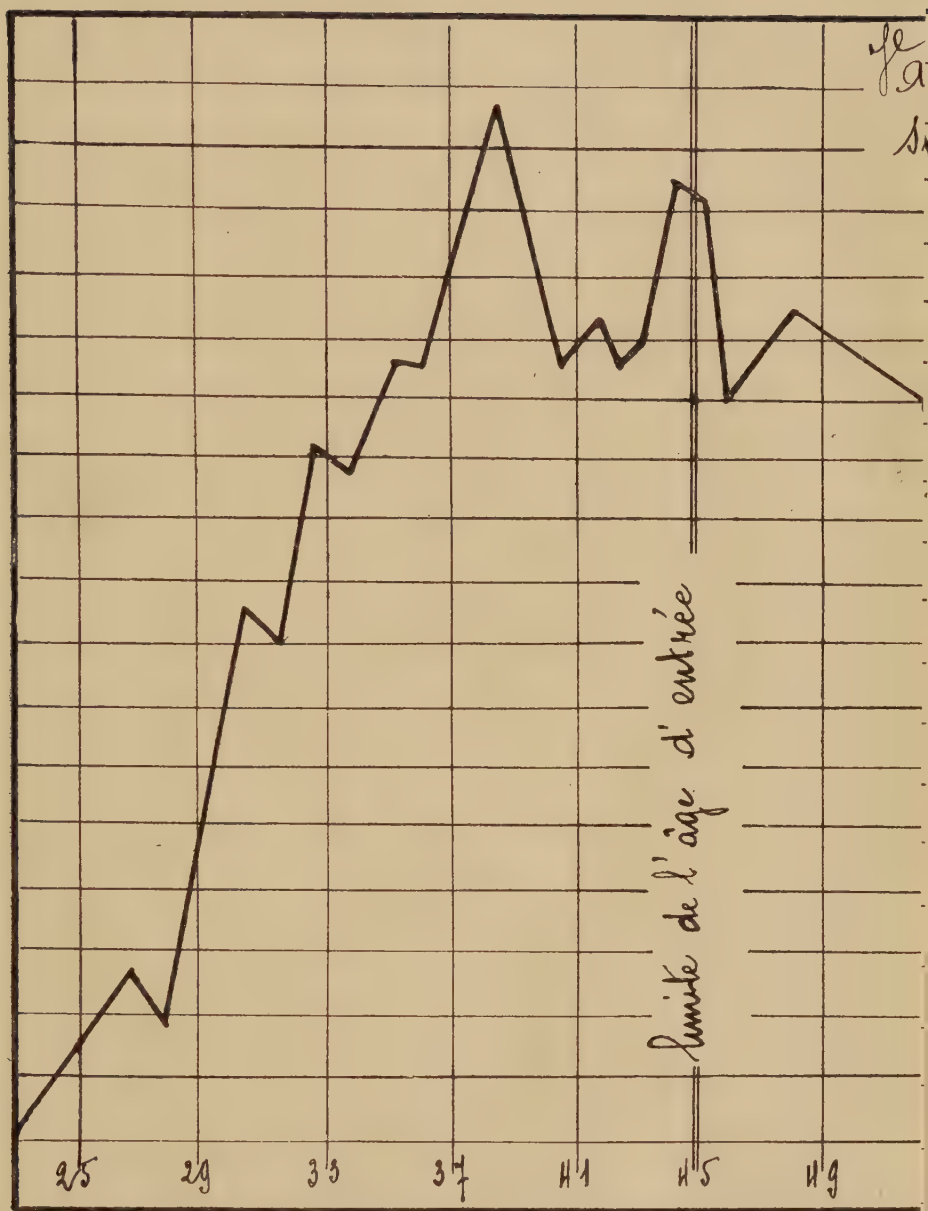
Durée des maladies

d'après le 9

limite de l'âge d'entrée

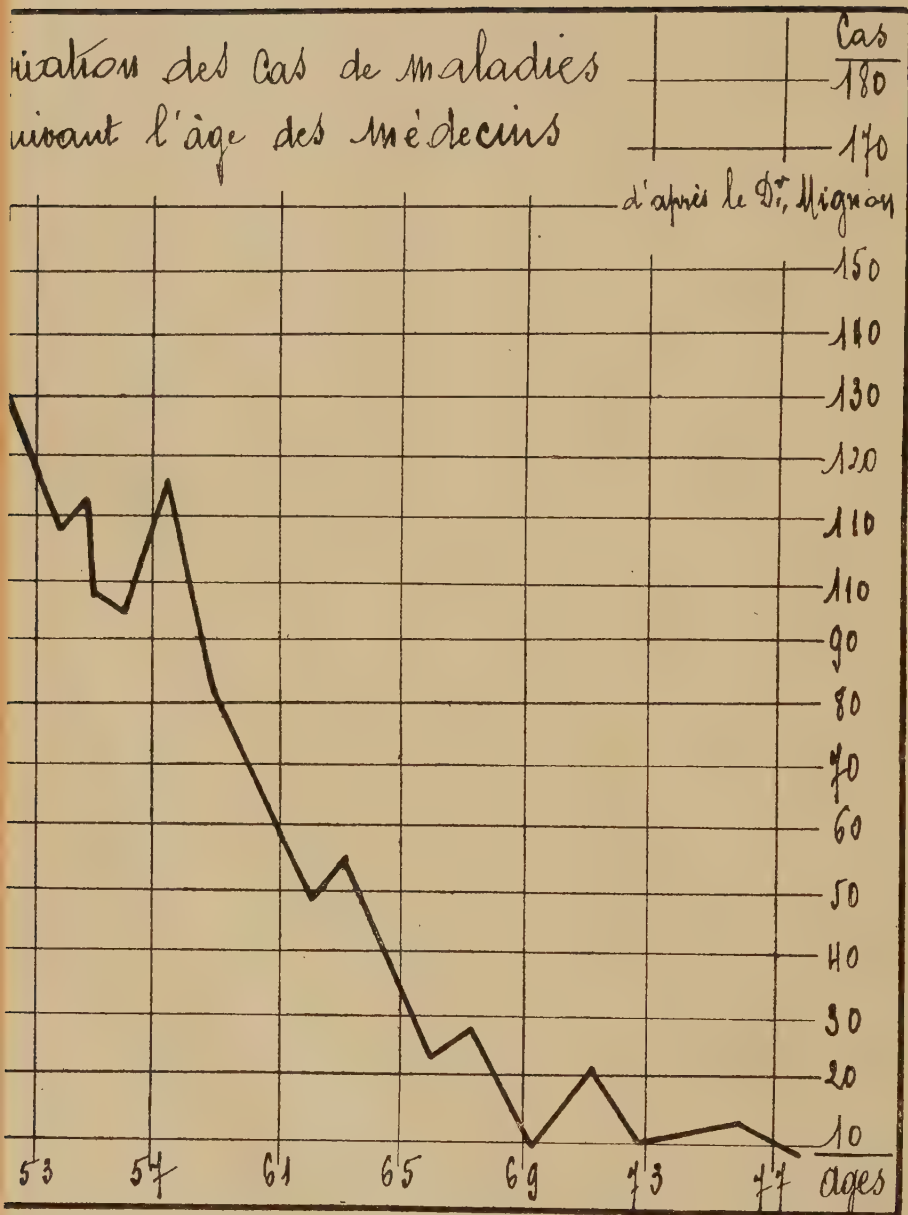


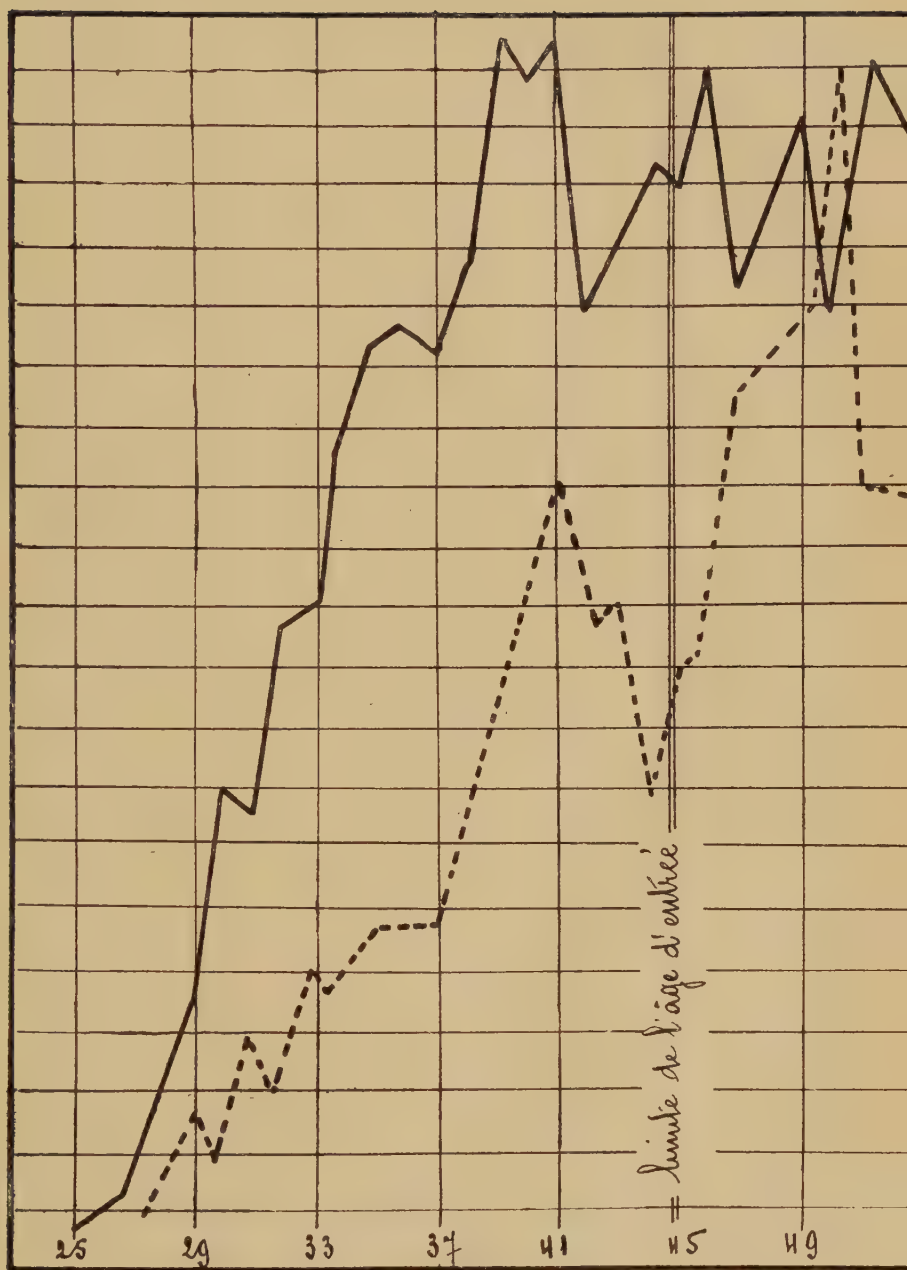


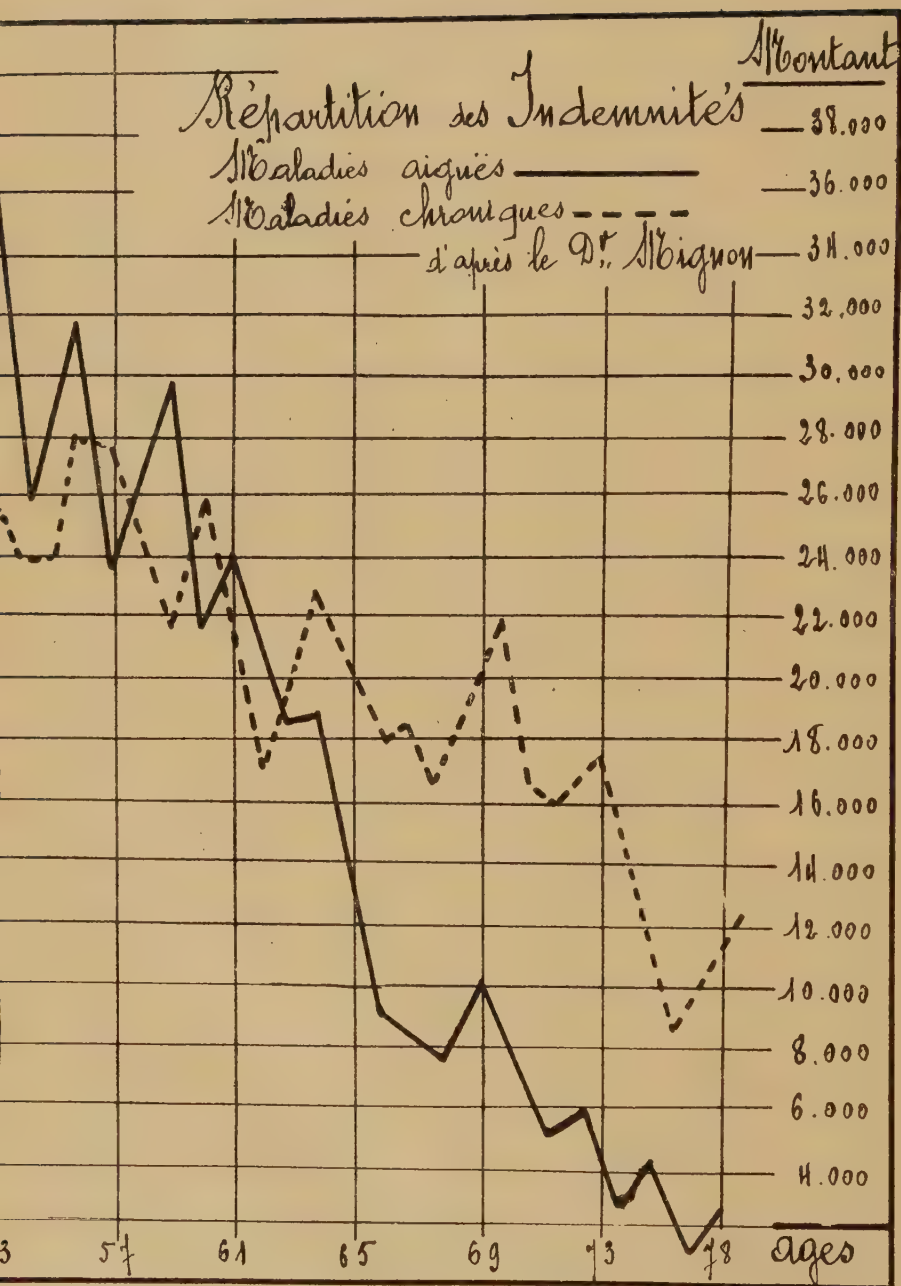


Evolution des cas de maladies
liées à l'âge des médecins

d'après le Dr. Mignon







CONCLUSION

Nous venons d'étudier brièvement le risque professionnel médical et les modalités dont le médecin dispose pour s'en prémunir.

Nous avons disséqué les principales clauses des contrats garantissant sa responsabilité civile ou couvrant son activité productrice. Il resterait beaucoup à dire.

Combien de fois n'avons-nous pas entendu clamer à qui voulait l'entendre la mauvaise foi des Compagnies d'assurances et l'impuissance des mutuelles professionnelles ! Combien de fois le praticien de province nous a fait part de son inquiétude en voyant le risque de la responsabilité civile s'accroître et augmenter le quantum des condamnations : « En cas de sinistre, serais-je bien assuré ? »

Il resterait beaucoup à dire sur la garantie des risques. Il faudrait, pour rassurer le médecin, pour le conseiller utilement, faire l'étude de toutes les questions annexes de l'assurance, questions qui, par leur généralité, déborderaient le cadre que nous nous sommes tracés : Etude détaillée des exclusions pour défaut ou retard dans le paiement des primes ; rappel des procédés permettant de juger de la solidité d'une Compagnie, clef permettant la lecture des bilans des sociétés, monuments souvent touffus et obscurs. Il faudrait reprendre et définir un à un tous les termes du langage

assureur : commissions escomptées à amortir, réassurance, réserves pour sinistres en cours, etc. Peut-être tenterons-nous quelque jour l'édition d'un tel guide pratique.

Toutefois, avant de mettre le point final à ce travail, nous nous devons de rechercher les causes du désaccord qui existe entre les assurés et les assureurs, nous devons rechercher le fondement des critiques entendues, et essayer de trouver les moyens d'y remédier.

Nous avons vu que les organismes assureurs pouvaient être de deux sortes, commerciaux ou mutualistes, et nous avons déjà rangé dans la première catégorie les mutuelles généralisées et sans caractère professionnel.

Que peut-on leur reprocher ?

D'abord, sauf en ce qui concerne l'assurance incendie, une trop grande diversité dans les dispositions générales de leurs contrats.

Lorsque toutes les Compagnies ont adopté les mêmes clauses, il est facile d'en faire l'étude, sinon il est difficile d'avoir présent à l'esprit les dispositions des polices de chaque société. Certes, dans leur ensemble, elles se rejoignent, mais elles diffèrent dans le détail et, lors d'un sinistre, c'est le détail qui, souvent, est cause d'un règlement qui ne satisfait pas le sinistré. Nous ne citerons que pour mémoire la diversité des prescriptions en matière de responsabilité civile, la garantie des frais de justice couverts ou exclus suivant les sociétés d'assurance.

On reproche encore aux organismes assureurs de n'avoir que des polices « passe-partout », non adaptées aux risques propres d'une profession, de ne pas connaître ceux-ci. Nous avons signalé ce point dans diffé-

rentes parties de ce travail, nous ne nous y attarderons pas.

Enfin, les organismes assureurs présentent un vice dans leur façon de concevoir la garantie des risques. Une cloison sépare leur service « production » qui attire les assurés et fait signer les contrats, de leur service « contentieux » ou « sinistres » qui règle les indemnités. Les Compagnies françaises pratiquent l'assurance sur des bases commerciales, en envisageant trop uniquement le rapport industriel, le rapport des sinistres aux cotisations. La concurrence qui, depuis quelques années, se fait de plus en plus âpre, porte presque uniquement sur les tarifs. Or, les Conseils d'administration exigent, avec juste raison, que la technique fondamentale de l'assurance soit respectée, c'est-à-dire que le poste recettes équilibre celui de dépenses. Le règlement des sinistres n'est pas sans en ressentir le contre-coup.

Les organismes assureurs perdent parfois un peu de vue le but social qu'ils ont à remplir, ils ne se mettent pas à la portée de leurs assurés. Remarquablement organisés, ils établissent leurs contrats sur des bases juridiques étroites; de sorte que — principalement lorsqu'il s'agit de médecins, ignorant la plupart du temps tout du droit — l'assuré spéculant sur la bonne foi, ne connaît pas la portée des termes du contrat qu'il a signé. Parfois — c'est heureusement l'exception — l'agent qui a présenté une police à l'acceptation du client, n'a visé, pour enlever une affaire, qu'à lui faire payer le minimum de cotisation, et il laisse l'assuré, à son insu, supporter seul toute une partie du risque dont le contrat n'a pas prévu la prise en charge.

En effet, pour garantir un risque, les Compagnies

d'assurances vont du particulier au général, établissent un contrat pour le minimum de dangers à garantir et n'étendent des conditions de leurs contrats types que seulement sur la réclamation de l'assuré : c'est un praticien qui assure le mobilier garnissant son local professionnel et n'ayant pas déclaré que certains objets lui ont été confiés par des tiers, voit, en cas de sinistre, la Compagnie refuser de les lui payer ou de les payer au dépositaire parce que la police ne porte pas la mention « l'assurance est faite pour le compte de qui il appartiendra » ; c'est le médecin qui, en souscrivant une police individuelle, n'a pas déclaré qu'il pouvait faire usage de motocyclette ou de véhicule à moteur « avec conduite ». C'est le chirurgien qui, s'étant assuré pour tous ses actes chirurgicaux, n'a pas déclaré qu'il pouvait occasionnellement redresser les os d'un nez, faisant ainsi de la chirurgie esthétique (1).

Aux assurances mutuelles professionnelles, le technicien de l'assurance reproche une mauvaise répartition du risque, parfois des dispositions statutaires peu souples, des fonds de réserves insuffisants.

*

**

Comment remédier à ces critiques?

Le législateur peut faire œuvre utile en la matière.

(1) Depuis le procès intenté à un chirurgien des hôpitaux et un jugement condamnant la chirurgie esthétique, les Compagnies n'assurent qu'avec de très grandes difficultés les praticiens pratiquant cette branche.

Nous estimons que la jurisprudence ne peut être constituée par un seul jugement dont les attendus étaient discutables et auraient pu utilement être soumis à une Cour d'Appel.

La loi du 13 juillet 1930 a déjà fait faire à l'assurance un grand pas en avant en prenant sur certains points la sauvegarde des assurés, en codifiant par des mesures impératives certaines modalités d'assurance qui, dans certaines Compagnies, choquaient l'équité. Il a fixé le lieu où les Compagnies d'assurances devaient être assignées. Il a empêché l'assureur de se retrancher derrière son réassureur. Il a réglementé la durée et la forme du contrat, ses nullités et sa résiliation, la prescription qui peut être opposée à l'assuré. Le titre II de la loi de 1930 a posé les bases des assurances de dommages. Le titre III, celles des assurances de personnes, et le législateur a fait particulièrement besogne utile en établissant des règles strictes de l'assurance sur la vie.

Le législateur a donc son rôle à jouer. Devons-nous, cependant, lui confier complètement la mission de réglementer les rapports entre assureurs et assurés? Nous ne le pensons pas. Une entente parfaite peut se réaliser sans son concours et les organismes assureurs doivent trouver en eux-mêmes des règles de conduite à appliquer. Ils peuvent estimer que la concurrence par la libéralité de leurs contrats, par l'esprit d'équité pour régler les sinistres, est très nettement meilleure et plus profitable pour l'ensemble de leur corporation que la guerre de tarifs dont leurs journaux professionnels se font fréquemment l'écho.

Il leur faut d'abord s'entendre entre eux pour unifier leurs polices accident, comme en 1913 les conditions générales des contrats incendie furent codifiés.

Il leur faut encore connaître à fond le risque dont ils acceptent la prise en charge. Pour cela, ils peuvent

consulter les syndicats professionnels médicaux dont ils veulent assurer les ressortissants.

Enfin, partant du général au particulier, ils devraient prévoir tous les risques, le maximum de risques afférents à une profession déterminée, quitte à réduire la cotisation demandée si l'assuré déclare expressément n'être pas soumis à certains d'entre eux.

Enfin, les organismes mutualistes doivent, par une gestion prudente, ne pas accepter sans réassurance la prise en charge de risques trop élevés, eu égard aux fonds de réserve qu'ils possèdent et qu'une « série noire » de sinistres pourrait épuiser.

*
**

Ainsi comprise, l'assurance devient un facteur de richesse individuelle, puisqu'elle permet d'amortir rationnellement la perte dont le risque professionnel peut être la cause.

Elle est encore source de richesse sociale, puisque le travailleur, qu'elle met à l'abri du danger, peut produire à son maximum au bénéfice de la collectivité.

C'est en se basant sur ces considérations que la sociologie doit s'attacher à développer les institutions de prévoyance sous ces deux formes — assurance du patrimoine (assurance besoin) — et assurance responsabilité (assurance sécurité).

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION

	Pages
Le risque professionnel. — Sa classification. — Le plan de ce travail.....	1

TITRE I

LA RESPONSABILITE CIVILE MEDICALE

Les fondements de la responsabilité civile.....	15
---	----

CHAPITRE I

LA RESPONSABILITÉ PERSONNELLE DU PRATICIEN

La valeur du diplôme de docteur en médecine.....	20
La faute.....	21
La nature du contrat entre malade et médecin.....	23
Théorie de la responsabilité délictuelle.....	27
Discussion entre la faute contractuelle et la faute délictuelle	28
Conclusion	31

CHAPITRE II

LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN DU FAIT DE TIERS

Responsabilité du médecin du fait de son remplaçant : le défaut de capacité de celui-ci; le défaut d'autorisation administrative. La responsabilité normale..	33
Responsabilité du médecin du fait de ses assistants et de ses élèves.....	41
Responsabilité du médecin du fait de ses aides, infirmiers, etc. : à son domicile professionnel; dans la maison de santé; en clientèle.....	45

CHAPITRE III

RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN VIS-A-VIS DE SES AIDES EN MATIÈRE D'ACCIDENT DU TRAVAIL

	Pages
Généralités	54
Le contrat de travail.....	55
Caractère commercial ou non de l'établissement de soins	58
Responsabilité des cliniques commerciales.....	60
Responsabilité des cliniques ou des hôpitaux non commerciaux	60
Les projets d'extension de la loi du 9 avril 1898.....	64
Les projets et les réalisations administratifs.....	66
Conclusion.....	72

TITRE II

L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ DU MÉDECIN

CHAPITRE I

L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ CIVILE

Caractère de ce contrat.....	75
Etude du contrat : le risque couvert.....	79
Le cadre de la garantie.....	81
Etude de la garantie : frais de justice ; attribution d'une rente ; revendication non sanctionnée par les tribunaux ; l'amende ; la règle proportionnelle.....	90

CHAPITRE II

LES CLAUSES DE DÉCHÉANCE

Généralités	101
Clauses d'exclusion de risque.....	104
Clauses de déchéance.....	111

CHAPITRE III

L'ASSURANCE DE LA RESPONSABILITÉ DU FAIT DE TIERS

	Pages
Généralités	123
Nature de l'assurance des fautes d'autrui.....	127

CHAPITRE IV

L'ASSURANCE DES COLLABORATEURS DU MÉDECIN

La police collective.....	131
La police mixte.....	133

CHAPITRE V

LES ORGANISMES PROFESSIONNELS

L'assurance de la responsabilité par les organismes professionnels	135
---	-----

TITRE III

L'ASSURANCE DU CAPITAL TRAVAIL DU MEDECIN

CHAPITRE I

L'ASSURANCE SUR LA VIE

Généralités	147
Les modes d'application des contrats vie.....	148
Les avantages de la police vie pour la profession médicale	150
Les tarifs et clauses de la police vie.....	155
Caractère des primes.....	159

CHAPITRE II

L'ASSURANCE INDIVIDUELLE DU MÉDECIN

	Pages
Généralités; le risque couvert; la définition de l'accident	167
Les indemnités garanties; remarque préliminaire; le décès; l'incapacité permanente; l'indemnité journalière; les frais médicaux et pharmaceutiques....	182
La preuve; les recours contre les tiers; les prescriptions	199

CHAPITRE III

L'ASSURANCE MALADIE

Les formes de cette assurance; l'avenant d'extension; le contrat maladie	213
--	-----

CHAPITRE IV

LE CONTRAT COMPLÉMENTAIRE VIE

Généralités	221
Les différents types de contrat	222
La mode de souscription du contrat complémentaire	224
Les garanties du contrat complémentaire	225

CHAPITRE V

LA GARANTIE DES MUTUELLES PROFESSIONNELLES

L'Association Lagoguey	232
La Mutualité du Corps Médical Français	235
CONCLUSION	239

CONCLUSION

.....	239
-------	-----

TABLE ALPHABÉTIQUE

A

- | | |
|--|---|
| <p>Abus de droit : 92, 93.
 — de fonctions : 46 s.
 Acception Police vie : 154.
 Accident définition : 169 s.
 — de travail. Voir à :
 Loi.
 Actif successoral. Voir : Masse.
 Action connexe : 119.
 — principale : 125.
 — non sanctionnée. Voir :
 Revendication.
 Aides. Voir : Responsabilité.
 — (déclaration du nombre
 des) : 126.
 Alcoolisme-Ivresse : 172, 174,
 176, 217, 221.
 Allocation quotidienne. Voir :
 Incapacité.
 Amende : 98.
 Amputation. Voir : Invalidité.
 Appareils. Voir : Responsa-
 bilité.
 Appel : 91 s.
 — en garantie : 116, 119 s.
 Arrêtés Mourier sur assurance
 personnel des hôpitaux : 70.
 Assistant. Voir : Responsa-
 bilité.
 — (caractère de) : 124.
 Assistance judiciaire : 19.
 Association Médicale Lago-
 guey : 231 s.
 Associés : 153.
 Assurance (Contrat d').
 — (Caractères du).
 — adhésion : 76 s.
 — aléatoire : 76.
 Assurance bonne foi : 78, 97.
 132, 194, 195, 241.</p> | <p>Assurance intuition personæ :
 78, 139.
 — synallagmatique :
 76, 159.
 — (Différents types) :
 — automobile : 79, 87,
 89, 110, 127.
 — collective : 131 s.,
 205.
 — complémentaire :
 titre III, chap. 4.
 — incendie : 4, 77, 99.
 — individuelle : 79,
 133, 134, titre III,
 chap. 2.
 — maladie : titre III,
 chap. 2, 3, 4.
 — mixte : 133 s.
 — responsabilité ci-
 vile. Voir : Res-
 ponsabilité civile.
 — temporaire : 161,
 162.
 — vie. Voir à ce titre.
 Assurance (Nature de) :
 — besoin : 73.
 — de choses : 143, 203.
 — fautes d'autrui :
 127 s.
 — non assurance :
 101 s.
 — de personnes : 143.
 — sans limites : 95.
 — sécurité : 73.
 Assujettissement aux lois du
 travail. Voir à : Loi.
 Avance sur contrat : 165.
 Avenant d'extension maladie :
 213 s.</p> |
|--|---|

B

Bénéfices vie (Répartition des) : 151 s.
Bénéficiaires vie : 151 s.
— accidents : 186 s.
Blessures (Aggravation des) : 171 s.
Bonne santé : 218 s.
Brusque congédiement : 56.

C

Caisse de garantie : 138 s.
— interhospitalière. Voir : Mutualité.
Capital décès accident : 186 s., 233.
— richesse : IV, 143.
— travail : IV, 143, 150, 231.
— vie. Voir : Assurance.
Capitalisation : 160, 161, 165, 236.
Carence (Délai de), 156.
Cas fortuit. Voir : Force majeure.
Cause (dans le contrat d'assurance) : 102.
— illicite : 151.
— immorale : 102, 104.
— mise en cause : 116.
Certificat médical. Voir : Examen.
Cession police vie : 151 s.
Chauffeur : 49.
Chargement : 160.
Clauses imprimées. Voir : Conditions générales.
— pénale : 103.
— du tribunal : 132.
Clientèle médicale (Aide en). Voir : Responsabilité.
Cliniques. Voir : Respons.
Co-assureur : 92, 184.
Combinaisons (Mutuelle familiale du corps médical) : 236.

Commerçants. Voir : Société commerciales.

Committants définition : 37, 47, 44, 46, 49, 40, 51. Voir : Respons.

Commissions administratives. Voir : Hôpital.

Compétence des tribunaux : 120.

Complémentaire. Voir : Assurance.

Concours sportifs, matches, paris : 155, 157.

Condamnation conjointe : 127.
— solidaire : 127.

Condition résolutoire : 160.

Conditions générales ou imprimées : 77, 81, 89, 110, 121, 122, 125, 168.

Conditions particulières : 77, 89, 121, 122, 124, 168.

Congrès Union des étudiants : 67.

— internat : 68.

Cotisations. Voir : Tarifs.

Contrat d'assurance. Voir : Assurance.

Contrat d'adhésion : 68.

— (Annulation du) : 103.

— D. A. S. : 98, 137.

— défense juridique : 137.

— d'entreprise : 26, 27, 28, 57.

— gestion d'affaires : 27, 98, 134.

— innomé ou sui generis : 25, 28, 68.

— louage services : 25, 26, 28, 47, 55, 58, 68.

— mandat : 25, 27.

— médecin et client : 22 et s.

— quasi contrat : 134.

— de transports : 28.

— de travail : 55.

Contravention. Voir : Violation lois.

Conseil de l'Ordre : 140.

Conventions particulières.
Voir : Conditions.
Crédit : 150 s.
Crimes ou délits : 104, 108, 140.
Cumul des indemnités : 196 s.
— mutilations : 195.

D

Débauche : 106.
Décès-mort : 145, 185, 186 s., 223. Voir : Assurance vie.
Déchéances : 74, 159, 179, 180, 211. Dans contrat R. C., titre II, chap. 2.
Déclaration d'accident : 111 s.
— fausses : 132.
— retard dans déclaration : 112 s., 207.
Défense en justice : 97, 113 s., 125.
Délai de carence. Voir : Carence.
Démence : 104 s.
Demande reconventionnelle : 97.
Déontologie : 19.
Désistement : 118.
Détériorations des objets mobiliers : 81.
Diplôme : 16, 20 s., 85.
Dol : 104.
Dommages-intérêts : 90, 91, 115, 120, 204.
Donation : 151.

E

Efforts musculaires : 175.
Elèves. Voir : Responsabilité.
Empiriques (Exercice illégal) : 35, 36, 37, 45, 56, 86.
Endossement (Police vie) : 152.
Enquête : 114.

Etat de santé préexistant.
Voir : Blessures.
Examen médical : 156, 161, 166, 224, 225.
Exercice illégal. Voir : Empiriques.
— de la pharmacie, 85.
Expertises : 31, 209.
Exclusions. Voir : Déchéances.
— des salariés : 109 s.
Externes. Voir : Responsabilité.
— victimes du devoir : 67.

F

Faillite : 187.
Fait volontaire : 176, 179.
Famille de l'assuré : 109 s.
Faute administrative : 41, 42, 44.
— assur. des fautes : 82 et s.
— délictuelle : 20, 23.
— par commission, 21.
— contractuelle : 19, 23.
— d'une garde-malade. Voir : Responsabilité.
— infirmière. Voir : Responsabilité.
— légère : 21, 27, 82, 83.
— lourde : 21, 27, 29, 31, 51, 82, 84, 178.
— par omission : 21.
— (Présomption de). Voir : à : Présomption.
— (Théorie de la) : 30.
Fisc : 187.
Force majeure : 113, 116, 164.
Frais d'acquisition (Police vie) : 160.
— frustatoires : 93.
— de justice : 90, 92 et s., 96 s., 204.

Frais médicaux et pharmaceutiques (Garantie des) : 66, 69, 71, 197 s.
Franchise : 197.

G

Gage : 151, 157.
Garantie (Appel en). Voir : Appel.
Gérant d'affaires. Voir : Contrat.
Gens de service. Voir : Serviteurs à gages.
Guerre (Risque de) : 159, 175, 221.

H

Homicide : 157 s.
Hôpital. Voir : Responsabilité.
— caractère commerc., 54, 55, 58 et s., 69.
— commission administrative : 43, 49, 67.
Hospices. Voir : Hôpital.

I

Ignorance d'un accident : 114.
Incapacité ou Infirmité :
— permanente : 81, 145, 169, 187 s., 217, 221 s.
— temporaire : 145, 169, 185, 195, 214.
— de travail : 167, 225 s., 232, 235 s.
Incontestabilité : 158 et s.
Indemnité journalière : 196 s.
Individuelle. Voir : Assur.
— à personnes in-nomées : 110, 205.
Infection : 144, 215.
Infirmier. Voir : Responsab.
Infirmité. Voir : Incapacité.

Infraction aux lois. Voir : Violation.
Inobservation des lois. Voir : Violation.
Inoculation. Voir : Piqures anatomiques.
Interruption de prescription : 208 s.
Internes. Voir : Responsab.
— victimes du devoir : 67.
Irresponsabilité : 19, 21.
Instruments. Voir : Respons.
Invalidité. Voir : Incapacité.

L

Légitime défense (Rixe) : 101, 177 et s.
Lésions corporelles. Voir : Incapacité.
Lettre recommandée : 206, 208.
Libération des primes. Voir : Primes.
Libre choix du médecin : 22.
Ligue de défense : 137.
Liquidation judiciaire : 187.
Loi sur les accidents du travail : 16, 51 s., 60 s., 111, 131 et s.
— Garantie de la loi : 62 s.
— sur le contrat d'ass., 94, 161, 163, 243.

Louage de service. Voir : Contrat.
Lumbagos, sciatiques : 170.

M

Maisons de santé. Voir : Responsabilité.
Maladies diverses : 66, 71, 171, 172, 175, 214 s., 237 et 238.
— professionnelles : 64 s., 69, 70.
Mandat. Voir : Contrat.
Masse successorale : 153, 154, 157.
Masseurs. Voir : Responsab.
Mathématique. Voir : Réserve.

Mohel circonciseur : 45.
Morale : 140.
Mutilation (Garantie des) : 66,
183, 185, 187 s., Voir : Inca-
pacité.
Mutualité interhospitalière :
69, 71, 71.
— Familiale du Corps
Médical : 137,
235 s.

N

Notification de cession de po-
lice : 152.
Nantissement : 151.

O

Obligations conventionnelles :
103.
— légales : 103.
— naturelles : 140.
Opposition : 115.

P

Pari. Voir : Concours.
Pénalité. Voir : Clause pénale.
Péremption d'action : 210.
Piqûres anatomiques : 144,
180 s.
Police mixte. Voir : Assurance.
— à ordre : 151, 152.
Pouvoirs : 91, 116.
Préposés. Voir : Responsab.
Prescription : 206 s.
Présomptions de faute : 37.
Prêts sur gage. Voir : Gage.
Preuves : 22, 180, 199 s.
Primes : 103.
— Caractère des primes
vies : 159.
— unique : 165.
— (Libération des) : 223
s.
Procès non sanctionnés. Voir :
Revendications.
Projet Gros : 65.

Propharmacien : 87.
Provision de prime : 132.

Q

Questionnaire : 79, 158, 234.

R

Rachat : 161, 162, 163 s., 222.
Rapports Boudin : 68.
— Fié : 69.
— Dudouyt : 69.
— Dupuich : 75.
à succession. Voir
Masse success.
Radiographie. Rayons X : 39,
51, 88, 144.
Reconnaissance. Voir : Res-
ponsabilité.
— de dette :
210, 211.
Reconventionnelle (Demande).
Recours : 91, 92 et s., 115,
202 s.
— des voisins : 96, 97.
— direct contre l'ass.,
131.
Réduction : 161, 162, 164, 222.
Règle proportionnelle : 98,
99.
Réintégration : 166.
Remplaçants. Respons. Voir :
Responsab.
— Droit à exercer :
35.
— Autorisation ad-
ministrative :
37.
Rémunération des aides. Voir :
Salaires.
Rente complémentaire vie :
221 s.
— (Paiement de) : 94, 95.
Renvoi. Voir : Brusque con-
gédiement.
Réserve mathématique : 161,
162, 163 s.
Réserve légale : 154.

- Résiliation police : 102, 161.
Responsabilité accidents du travail : 51 s.
— aides : 16, 45 s., 48 s.
— assistants : 41 s.
— (Assurance de la) : titre II.
— cliniques, hôpital, maison de santé : 58 s.
— contractuelle : 28, 29, 30.
— délictuelle : 29.
— élèves : 41 s.
— externes : 41 s.
— infirmiers - garde - malade : 45 s., 48 s.
— instruments, appareils : 88, 90.
— internes : 41 s.
— masseurs : 46, 47.
— médecin d'hôpital : 125.
— partagée : 124.
— pénale : 28, 83, 104.
— (Reconnais - sance de) : 109, 116 s.
— remplaçants : titre I, ch. 2.
Réticence : 79, 102, 103, 132.
Revendication non sanctionnée : 96 s.
Rixes. Voir : Légitime défense.
- S
- Salaires : 66, 70, 132.
— en nature : 132.
- Salariat médical : 56, 57.
Salariés : 54 et s., 109.
Sauvetage (Actes de) : 176.
Séjour aux eaux : 233.
Serviteurs à gage : 54, 61 s.
Sociétés comm. : 74, 135, 140, 141, 167, 168, 240.
— mutuelles : 74, 135, 167, 231 s., 240.
Sou médical : 136 s.
Souscription des polices complémentaires : 224 s.
Spécialités médicales : 85.
Statistiques D^r Mignon : 237 s.
Stipulation pour autrui : 128 s., 134.
Subrogation : 202 s.
Succession. Voir : Masse successorale.
Suicide en assurance vie : 157, 201.
— en assurance accident : 175, 200, 221.
- T
- Tableau des infirmités : 188, 227.
Tables de mortalité : 156, 235.
Tarifs Ass. R. C. : 80, 100.
— vie : 155.
— de l'Aide Sociale : 219.
— de l'Ass. Médicale La - goguey : 232.
Transaction : 117, 118.
Transmission de pièces : 113 s.
Transports cession : 151.
- V
- Violation lois et règlements : 107 s., 179 et s.
Visite médicale. Voir : Examen.
Voies de recours : 115.
Vie (Assurance) : 147 s. (titre III, chap. 1).
— (Différents types) : 147.

IMPRIMERIE GRAPHIQUE.

9, r. St-Gilles, Paris (3^e). — Tél. : ARCHIVES 49-00.
